



BACHELORARBEIT

Thomas Hansen

**Controlling als Maßnahme für
Kleinunternehmen im
Gesundheitswesen**

2013

Fakultät: Medien

BACHELORARBEIT

Controlling als Maßnahme für Kleinunternehmen im Gesundheitswesen

Autor:
Thomas Hansen

Studiengang:
Gesundheitsmanagement

Seminargruppe:
GM10w2-B

Erstprüfer:
Prof. Dr. Volker J. Kreyher

Zweitprüfer:
Dr. med. Darius Khoschlessan

Einreichung:
Mannheim, 22.07.2013

BACHELOR THESIS

Controlling as measure for small companies in healthcaremarket

author:
Thomas Hansen

course of studies:
Healthmanagement

seminar group:
GM10w2-B

first examiner:
Prof. Dr. Volker J. Kreyher

second examiner:
Dr. med. Darius Khoschlessan

submission:
Mannheim, 22.07.2013

Bibliografische Angaben

Hansen, Thomas:

Controlling als Maßnahme für Kleinunternehmen im Gesundheitswesen

Controlling as measure for small companies in healthcarmarket

58 Seiten, Hochschule Mittweida, University of Applied Sciences,
Fakultät Medien, Bachelorarbeit, 2013

Abstract

In der vorliegenden Bachelorarbeit wird die Frage untersucht, wie kleine Betriebe im Gesundheitswesen mit dem Thema Controlling umgehen können. Nach einer einleitenden Darstellung der Problemstellung und Zielsetzung werden zunächst die Begriffe Controlling, Controller, Medizincontroller und Controllership definiert. Es wird dargestellt, wie sich strategisches Controlling und operatives Controlling unterscheiden. Danach wird eine Auswahl von Controllinginstrumenten und ihre Bedeutung vorgestellt. Die Themen Effektivität und Effizienz sowie eine Darstellung der Kritik am Controllingsystem runden das Kapitel ab. Anschließend wird auf Gesundheitsbetriebe und ihre Rahmenbedingungen eingegangen, die Schwerpunkte des Controllings in Gesundheitsbetrieben werden erläutert. Es wird auf die Besonderheiten des Controllings in Kleinbetrieben, insbesondere auf die Anpassung des Controllings an die Betriebsgröße, das Risikomanagement und die Unternehmensführung eingegangen. Mit der Betrachtung zweier Kleinbetriebe, eines Pflegeheims und einer Arztpraxis, wird dargestellt, wie sich die Theorie in die Praxis umsetzen lässt. Abschließend werden Handlungsempfehlungen für das Controlling des vorgestellten Pflegeheims und der vorgestellten Arztpraxis gegeben, Erfolgsfaktoren für Kleinbetriebe erläutert und Zukunftsperspektiven dargestellt.

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis.....	V
Abkürzungsverzeichnis	VIII
Abbildungsverzeichnis	IX
Tabellenverzeichnis.....	X
1 Aufgabenstellung, Zielsetzung, Aufbau der Arbeit	1
1.1 Einleitung mittels graphischer Darstellung	1
1.2 Problemstellung und Zielsetzung des Controllings in kleinen Gesundheitsbetrieben	2
2 Controlling.....	4
2.1 Begriffsklärung Controlling.....	4
2.1.1 Controlling	4
2.1.2 Controller	6
2.1.3 Medizincontroller	7
2.1.4 Controllership	8
2.2 Controllingarten.....	9
2.2.1 Strategisches Controlling	9
2.2.2 Operatives Controlling.....	9
2.3 Controllinginstrumente.....	10
2.3.1 ABC-Analyse	10
2.3.2 Break-Even-Analyse	10
2.3.3 Benchmarking	11
2.3.4 Balanced Scorecard.....	12
2.3.5 Soll/Ist-Analyse.....	13
2.4 Effektivität.....	14
2.5 Effizienz.....	15
2.6 Kritik am Controllingsystem	15
3 Gesundheitsbetriebe	16
3.1 Rahmenbedingungen.....	16
3.2 Betriebe im Gesundheitswesen	17
3.2.1 Übersicht der Gesundheitsbetriebe	18
3.2.2 Umsatz der Gesundheitsbetriebe	19
4 Schwerpunkte des Controllings in Gesundheitsbetrieben	20

4.1	Personalcontrolling	20
4.1.1	Personalbedarf, Planstellen vs. Ist-Status	20
4.1.2	Fehlzeiten der Mitarbeiter	21
4.1.3	Fluktuation	21
4.1.4	Gehaltsstruktur und -entwicklung	22
4.1.5	Grading-System	22
4.2	Kostencontrolling	24
4.2.1	Kostenstellen/Kostenarten	24
4.2.2	Einzel- und Gemeinkosten	24
4.2.3	Deckungsbeitragsrechnung	25
4.3	Investitionscontrolling	25
4.4	Finanzierungscontrolling	26
4.5	Marketingcontrolling	28
4.6	Pflegecontrolling	29
5	Controlling in Kleinbetrieben	35
5.1	Anpassung des Controllings an die Betriebsgröße	35
5.2	Risikomanagement Kleinbetriebe	36
5.3	Controlling und Unternehmensführung Kleinbetriebe	36
5.4	Wettbewerbsanalyse Kleinbetriebe	37
6	Betrachtung des Controllings zweier Kleinbetriebe	38
6.1	Pflegeheim	38
6.1.1	Pflegecontrolling	40
6.1.2	Personalcontrolling	41
6.1.3	Einnahmen- und Kostencontrolling	44
6.2	Arztpraxis	48
6.2.1	Finanzierungscontrolling	49
6.2.2	Investitionscontrolling	50
7	Erfolgsfaktoren, Handlungsempfehlungen und Zukunftsperspektiven	52
7.1	Erfolgsfaktoren und Handlungsempfehlungen	52
7.1.1	Konkrete Handlungsempfehlung Pflegeheim	53
7.1.2	Konkrete Handlungsempfehlungen Arztpraxis	55
7.2	Zukunftsperspektiven	57
	Literaturverzeichnis	XI
	Anlagen	XVI

Eigenständigkeitserklärung.....	XVIII
--	--------------

Abkürzungsverzeichnis

BEP	Break-Even-Point
BMI	Body Mass Index
BPflV	Bundespflegesatzverordnung
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GOÄ	Gebührenordnung für Ärzte
GOZ	Gebührenordnung für Zahnärzte
HeimPersV	Heimpersonalverordnung
HGB	Handelsgesetzbuch
ICV	Internationaler Controller Verein
IGC	International Group of Controlling
IGel	Individuelle Gesundheitsleistung
MVZ	Medizinisches Versorgungszentrum
PKV	Private Krankenversicherung
PVS	Praxis-Verwaltungs-System
PNG	Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz
VZK	Vollzeitkraft

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Aufbau der Arbeit [Eigene Abbildung]	1
Abbildung 2: Die BSC als Instrument zur Umsetzung der Vision und Strategie	13
Abbildung 3: Altersaufbau der deutschen Bevölkerung [statistisches Bundesamt 2013a]	16
Abbildung 4: MDK Bericht [MDK Bericht 2013]	33
Abbildung 5: Organigramm [eigene Abbildung]	39
Abbildung 6: Gesamtleistung der Pflege in Minuten nach Tageszeit [vgl. Wolke 2001, 285]	42
Abbildung 7: Pflegezeit in % an Gesamtzeit nach Tageszeit [eigene Abbildung]	43
Abbildung 8: Anzahl benötigte VZK nach Tageszeit [eigene Abbildung]	43
Abbildung 9: Erfolgsfaktoren für das Controlling in kleinen Gesundheitsunternehmen	52

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Schwerpunkte Medizincontrolling [Frodl 2012, 19]	7
Tabelle 2: Übersicht der Gesundheitsbetriebe [statistisches Bundesamt 2013c-f; kassenärztliche Bundesvereinigung 2013; GBE-Bund 2013]	18
Tabelle 3: Umsatz der Einrichtungen [statistisches Bundesamt 2013c, d, e, g]	19
Tabelle 4: Grading-System [vgl. Grading-System, NPH Karlsruhe]	23
Tabelle 5: SWOT-Analyse [Eigene Tabelle]	29
Tabelle 6: Tagessatz [vgl. statistisches Landesamt Baden-Württemberg 2013; vgl. Christlicher Hilfsdienst 2013]	38
Tabelle 7: Ermittlung Personalbedarf [eigene Tabelle]	41
Tabelle 8: Personalplan [eigene Tabelle]	44
Tabelle 9: Tagessatz [christlicher Hilfsdienst 2013]	45
Tabelle 10: Einnahmenrechnung [eigene Tabelle]	45
Tabelle 11: Budget Einnahmen erstes Halbjahr 2013, Stand erster Februar [eigene Tabelle]	45
Tabelle 12: Budget Einnahmen zweites Halbjahr 2013, Stand erster Februar [eigene Tabelle]	46
Tabelle 13: Budgetanalyse [eigene Tabelle]	46
Tabelle 14: Kontenrahmen/Kostenstellen [eigene Tabelle]	47
Tabelle 16: Budgetanalyse Kostenstelle Küche [eigene Tabelle]	48
Tabelle 16: Jahresfinanzplan/Monatsfinanzplan [eigene Tabelle]	49
Tabelle 17: Frühwarnsystem Pflegecontrolling [eigene Tabelle]	54
Tabelle 18: Balanced Scorecard [eigene Tabelle]	56

1 Aufgabenstellung, Zielsetzung, Aufbau der Arbeit

1.1 Einleitung mittels graphischer Darstellung

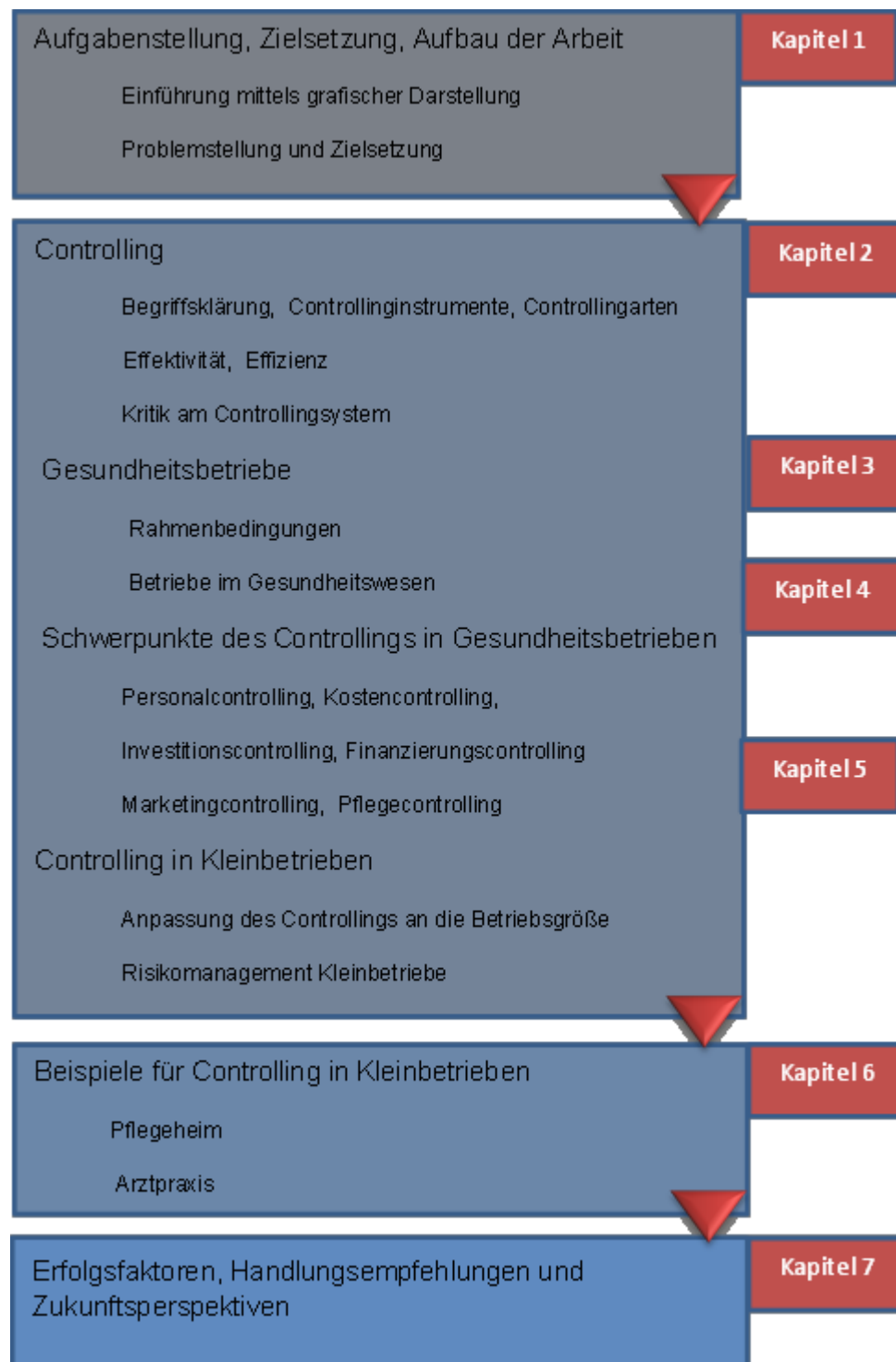


Abbildung 1: Aufbau der Arbeit [Eigene Abbildung]

1.2 Problemstellung und Zielsetzung des Controllings in kleinen Gesundheitsbetrieben

Man kann Gesundheitsbetriebe in größere Betriebe und kleinere Betriebe einteilen. Im § 267 Handelsgesetzbuch (HGB) werden kleine Kapitalgesellschaften definiert:

„Kleine Kapitalgesellschaften sind solche, die mindestens zwei der drei nachstehenden Merkmale nicht überschreiten:

1. 4.840.000 Euro Bilanzsumme nach Abzug eines auf der Aktivseite ausgewiesenen Fehlbetrags (§ 268 Abs. 3).
2. 9.680.000 Euro Umsatzerlöse in den zwölf Monaten vor dem Abschlussstichtag.
3. Im Jahresdurchschnitt fünfzig Arbeitnehmer“ [HGB 2013].

Unter dem Gesichtspunkt des Controllings in kleinen Gesundheitsbetrieben wurde auch die Größe der jeweiligen Verwaltungsabteilung des Betriebes neben den Kriterien des § 267 HGB für diese Bachelorarbeit berücksichtigt. Arztpraxen und Pflegeheime haben relativ kleine Verwaltungsabteilungen, Krankenhäuser haben analog zu dem größeren Umsatz auch eine größere Verwaltung. So beschäftigt zum Beispiel das St. Antonius Hospital in Aachen 244 Mitarbeiter in der Verwaltung bei ca. 1.200 Beschäftigten insgesamt. Im Vergleich dazu beschäftigt das Pflegeheim Vincentiushaus in Baden-Baden 5 Mitarbeiter in der Verwaltung bei insgesamt ca. 100 Mitarbeitern. Eine Hausarztpraxis beschäftigt neben dem Arzt meist nur 2 bis 3 weitere Mitarbeiter/innen. Die Möglichkeiten, ein professionelles Controlling zu etablieren, sind bei wenigen Mitarbeitern in der Verwaltung dadurch begrenzt, dass der Aufwand des Controllings angemessen sein muss in Relation zum Nutzen des Controllings. Diese Bachelorarbeit beschäftigt sich mit den Möglichkeiten dieser kleinen Gesundheitsbetriebe in Hinblick auf das Controlling.

Arztpraxen sind meist selbständige Betriebe, bei denen der Arzt auch die Geschäftsführung übernimmt. Es ist davon auszugehen, dass, wenn der Arzt sich nicht betriebswirtschaftlich weitergebildet hat, sein Wissen über die Möglichkeiten des Controllings begrenzt ist. Das gilt auch für einen Teil der Leiter von Pflegeheimen. Nach der Heimpersonalverordnung (HeimPersV) muss ein Heimleiter folgende Voraussetzungen mitbringen:

„§ 2 Eignung des Heimleiters

(1) Wer ein Heim leitet, muss hierzu persönlich und fachlich geeignet sein. Er muss nach seiner Persönlichkeit, seiner Ausbildung und seinem beruflichen Werdegang die Gewähr dafür bieten, dass das jeweilige Heim, entsprechend den Interessen und Bedürfnissen seiner Bewohner, sachgerecht und wirtschaftlich geleitet wird.

(2) Als Heimleiter ist fachlich geeignet, wer

1. eine Ausbildung zu einer Fachkraft im Gesundheits- oder Sozialwesen oder in einem kaufmännischen Beruf oder in der öffentlichen Verwaltung mit staatlich anerkanntem Abschluss nachweisen kann und
2. durch eine mindestens zweijährige hauptberufliche Tätigkeit in einem Heim oder in einer vergleichbaren Einrichtung die weiteren für die Leitung des Heims erforderlichen Kenntnisse und Fähigkeiten erworben hat. Die Wahrnehmung geeigneter Weiterbildungsangebote ist zu berücksichtigen“ [Gesetze im Internet 2013].

Aus der HeimPersV ergibt sich, dass auch Heimleiter nicht zwangsläufig eine kaufmännische Ausbildung haben müssen. Sowohl für einen Teil der Ärzte, wie auch für einen Teil der Heimleiter könnte deshalb die Etablierung eines professionellen Controllings in ihrer Organisation eine Herausforderung darstellen. Die vorliegende Bachelorarbeit verfolgt das Ziel, die Möglichkeiten des Controllings aufzuzeigen, die sich auch im Rahmen eines kleinen Betriebes durchführen lassen. Dafür werden zunächst die Begrifflichkeiten rund um das Thema Controlling geklärt. Danach wird auf die Quantitäten und Besonderheiten der Gesundheitsbetriebe eingegangen und es werden Controllinginstrumente und Controllingkonzepte beschrieben. Anschließend wird analysiert, wie man Controlling in einem Gesundheitsunternehmen integrieren kann. Anhand der Betrachtung je eines Referenzbetriebes wird der Einsatz der Controllinginstrumente und der Controllingkonzepte in einem Pflegeheim und in einer Arztpraxis dargestellt.

Die Controllinginstrumente und Controllingkonzepte werden darauf überprüft, ob sie für kleine Gesundheitsunternehmen aussagekräftig und sinnvoll im Sinne von “need to have“ sind. Daneben wird überprüft, ob sie wirtschaftlich mit dem vorhandenen Personal durchführbar sind.

Ziel der Arbeit ist es, die Anwendungsmöglichkeiten des Controllings in kleinen Gesundheitsbetrieben zu analysieren und daraus Handlungsempfehlungen abzuleiten.

2 Controlling

2.1 Begriffsklärung Controlling

2.1.1 Controlling

Beim Begriff Controlling denken viele - wegen des ähnlichen Wortlauts - an das Wort Kontrolle. Aber Kontrolle ist nur ein Teil der Aufgaben, die unter dem Begriff Controlling zu verstehen sind. Ziel des Controllings ist es vielmehr, das wirtschaftliche Ergebnis eines Unternehmens durch Steuerung, Koordination und Kontrolle zu optimieren, Chancen, Risiken und Fehler zu erkennen und Lösungen zu finden. Das Controlling soll helfen, sowohl die Effektivität als auch die Effizienz eines Unternehmens zu verbessern. Controlling ist kein eindeutig definierter Begriff. Controlling wird z.B. in Unternehmen häufig auch die Abteilung genannt, in der Controller arbeiten.

Auch die Wissenschaft hat sich bisher nicht auf eine allgemein verbindliche Definition von Controlling geeinigt. Das ist vielleicht auch nicht zu erwarten, weil der Begriff Controlling ein ganzes Instrumentarium beschreibt, das von großen und kleinen Unternehmen eingesetzt werden kann und unterschiedliche Sichtweisen und Schwerpunkte zulässt.

Weber und Schäffer definieren Controlling als „eine spezielle Führungs- oder Managementfunktion, die von unterschiedlichen Aufgabenträgern - darunter auch, aber nicht nur Controller- vollzogen wird“ [Weber/Schäffer 2011, 1].

Sie unterscheiden Controlling als Informationsversorgungsfunktion, Controlling als erfolgszielbezogene Steuerung, Controlling als Koordinationsfunktion und Controlling als Rationalitätssicherung der Führung.

Im Gabler Wirtschaftslexikon erklärt Weber den Begriff Controlling folgendermaßen: „Controlling ist ein Teilbereich des unternehmerischen Führungssystems, dessen Hauptaufgabe die Planung, Steuerung und Kontrolle aller Unternehmensbereiche ist. Im Controlling laufen die Daten des Rechnungswesens und anderer Quellen zusammen“ [Gabler Wirtschaftslexikon 2013].

Horváth definiert Controlling wie folgt: „Unsere „induktive“ Analyse anhand von Praxis und Literatur lässt die Controllingaufgaben als eine Funktion erkennen, die durch die Koordination von Planung, Kontrolle sowie Informationsversorgung die Führungsfähigkeit von Organisationen zu verbessern hilft“ [Horváth 2011, 67].

Diese Sicht Horváths könnte aus der Praxis der Controller in großen Unternehmen abgeleitet worden sein, wo die Controller die Koordination aller Daten und Informationen für die Geschäftsleitung übernehmen. Das Element der Steuerung ist dann die Aufgabe der Geschäftsführung.

Frodl definiert Controlling für den Gesundheitsbetrieb: „Das Controlling des Gesundheitsbetriebs lässt sich allgemein als umfassendes Steuerungs- und Koordinationskonzept zur Führung des Gesundheitsbetriebs verstehen, das mit Hilfe der Beschaffung, Aufbereitung und Analyse von Informationen und Daten die zielgerichtete Planung, Steuerung und Koordination der betrieblichen Abläufe unterstützt und zur Entscheidungsfindung beiträgt“ [Frodl 2012, 23].

Diese wissenschaftlichen Definitionen enthalten alle die Begriffe Steuerung bzw. Führung, Planung und Koordination. Interessanterweise taucht der Begriff Kontrolle nur bei Horváth und Weber auf. Frodl legt den Schwerpunkt stärker auf die Aufbereitung und Analyse der Daten zur Koordination und Steuerung der betrieblichen Abläufe, wozu aber die Kontrolle ebenfalls notwendig erscheint.

Ausschließlich Weber und Schäfer verwenden den Begriff „Rationalitätssicherung“. Sie beschreiben seinen Inhalt so: „Rationalitätssicherung heißt folglich, die grundsätzliche Modelleignung (Anmerkung: z.B. einer Investitions-Rechnungs-Methode) und das Vorliegen der Anwendungsprämissen zu hinterfragen. Controller nehmen sich in den Unternehmen dieses Problems z.B. dadurch an, dass sie Typen von Entscheidungsproblemen bilden und diesen bestimmte Methoden fest zuordnen“ [Weber/Schäfer 2011, 48].

Dieser Aspekt wird bei der Bewertung der Controllinginstrumente für den Einsatz in kleinen Gesundheitsunternehmen noch eine Rolle spielen. Nicht jedes Controllinginstrument bzw. jede Methode des Controllings erscheint auf den ersten Blick geeignet, den spezifischen Bedürfnissen kleiner Unternehmen bzw. der Gesundheitsunternehmen gerecht zu werden.

2.1.2 Controller

Auch die Berufsbezeichnung Controller wird nicht einheitlich definiert.

Der ICV Internationaler Controller Verein (ICV), eine Organisation, in der sich Controller im deutschsprachigen Raum austauschen, beschreibt die Funktion Controller folgendermaßen:

„Der Controller sorgt dafür, dass jeder sich im Rahmen der erarbeiteten Ziele und Pläne selbst kontrollieren kann“ [ICV 2013].

„Unter einem Controller versteht man einen Stelleninhaber, der für Manager ein bestimmtes Set an Aufgaben wahrnimmt (z.B. Bereitstellung von Kosteninformationen, Übernahme der Ergebniskontrolle und vieles andere mehr)“ [Weber/Schäffer 2011, 1].

International Group of Controlling (IGC):

„Controller gestalten und begleiten den Managerprozess der Zielfindung, Planung und Steuerung und tragen damit Mitverantwortung für die Zielerreichung“ [IGC 2013].

Die unterschiedlichen Sichtweisen beschreiben verschiedene Schwerpunkte für die Zielsetzung und die Arbeit eines Controllers. Während der ICV darauf abhebt, dass der Controller dafür sorgt, dass jeder Beteiligte im Unternehmen seine Ziele selbst kontrollieren kann, betonen Weber und Schäffer stärker die Berichtslinie an einen Manager, dem z.B. Kosteninformationen und Ergebniskontrolle zu berichten sind. International Group of Controlling heben ebenfalls auf den Managerprozess ab. In dieser Definition gestalten und begleiten die Controller den Prozess von der Zielfindung bis zur Kontrolle des Ergebnisses.

In der Realität der Unternehmen kommen alle unterschiedlichen Hierarchieeinordnungen und Arbeitsweisen der Controller vor. Sie werden wesentlich bestimmt durch die Größe und Organisation des Unternehmens, sowie durch den Management-Stil, der im Unternehmen etabliert ist. Nicht immer wird das Controlling von einem dafür speziell ausgebildeten Controller wahrgenommen. In kleinen Unternehmen ist diese Stelle oft gar nicht wirtschaftlich tragbar. Die Rolle wird dann von unterschiedlichen Funktionsträgern teilweise übernommen und vom Geschäftsführer koordiniert und kontrolliert. Dann spielt die Selbstkontrolle, die der ICV betont, eine wichtige Rolle.

2.1.3 Medizincontroller

Der Medizincontroller arbeitet an der Schnittstelle zwischen Medizinern und kaufmännischem Personal. Er ist in der Regel Mediziner mit einer betriebswirtschaftlichen Ausbildung. Er muss in der Lage sein, beide Seiten zu beraten. Dem kaufmännischen Personal muss er die medizinischen Aspekte erklären können, dem medizinischen Personal muss er die betriebswirtschaftlichen Notwendigkeiten aufzeigen.

Laut Frodl gibt es folgende Aufgabenschwerpunkte im Medizincontrolling:

Aufgabenbereiche	Einzelaufgaben
Dokumentation und Kodierqualität	Überprüfung und Optimierung der Medizinischen Dokumentation (MeDok)
	Statusnetzpflege
	Plausibilitätsprüfung der Leistungserfassung
	Direkter Support des Gesundheitsbetriebs
Datenanalyse und Berichtswesen	Monatlicher DRG-Bericht mit Detailauswertungen für die Fachabteilungen
	Sonderauswertungen
	Rechtliche Meldepflichten
Schnittstellenmanagement- Support der verschiedenen Bereiche	Fachabteilungen
	EDV-Abteilung
	Patientenverwaltung/Patientenabrechnung
	Finanzcontrolling
	Leitung des Gesundheitsbetriebs
	Finanzbuchhaltung
Wissensmanagement/Informationsmanagement	Vorträge/Infoveranstaltungen/Schulungen (insb. DRG-System)
	DRG-Intranetseite
	Handbücher/Kodierfibel/Empfehlungen für die einzelnen Fachabteilungen
	Informationssammlung/interne Fortbildung (z.B. Rechtssprechungen, Fachpublikationen, amtliche Mitteilungen)

Tabelle 1: Schwerpunkte Medizincontrolling [Frodl 2012, 19]

Frodl beschreibt das Medizincontrolling wie folgt: „Es dient häufig als Schnittstelle zwischen den medizinischen, pflegerischen und administrativen Bereichen des Gesundheitsbetriebs, um die medizinische und die ökonomische Sichtweise der Patientenbehandlung zusammenzuführen“ [Frodl 2012, 18].

Medizincontroller sind demnach eine Spezialdisziplin im Controlling, die hauptsächlich in Krankenhäusern und Kliniken arbeiten. Medizincontrolling spielt deshalb nur in mittleren und großen Gesundheitsunternehmen eine Rolle. In kleinen Gesundheitsunternehmen übernimmt die Qualitätskontrolle teilweise die Aufgaben des Medizincontrollers.

2.1.4 Controllership

Controllership: „bezeichnet das gesamte Aufgabenbündel, das Controllern übertragen und/oder von diesen wahrgenommen wird“ [Weber, Schäffer 2011, 1]. Dieses Aufgabenbündel wurden von der IGC (International Group of Controlling) konkretisiert:

„Controller leisten begleitenden betriebswirtschaftlichen Service für das Management zur zielorientierten Planung und Steuerung. Das heißt: Controller sorgen für Ergebnis-, Finanz-, Prozess- und Strategietransparenz und tragen damit zu höherer Wirtschaftlichkeit bei. Controller koordinieren Teilziele und Teilpläne ganzheitlich und organisieren unternehmensübergreifend ein zukunftsorientiertes Berichtswesen. Controller moderieren den Controllingprozess, so dass jeder Entscheidungsträger zielorientiert handeln kann. Controller sichern die dazu erforderliche Daten- und Informationsversorgung. Controller gestalten und pflegen die Controllingsysteme“ [IGC 2013].

Diese Beschreibung der Controllership, bzw. der Aufgaben eines Controllers trifft auf große Unternehmen mit einer eigenen Controlling-Abteilung zu. Sie ist dennoch auch für kleine Unternehmen aufschlussreich, weil sie einen guten Überblick über alle Bereiche gibt, die unter das Controlling fallen. Kleine Unternehmen müssen sich aus dieser Fülle von Aufgaben und Verantwortungen diejenigen aussuchen, die sinnvoll sind. Gleichzeitig muss immer geklärt werden, wer diese Aufgaben übernehmen kann, wenn keine explizite Controllingstelle im Unternehmen existiert.

Für das Controlling spielt in der betrieblichen Praxis die Budgetierung eine wichtige Rolle. Im angelsächsischen Sprachraum wird Controllership häufig auch mit „Budgeting“ bezeichnet. Die Budgetierung ermöglicht eine operationale Planung und Kontrolle. Man kann mit Hilfe einer durch Budgets operationalisierten Planung Abweichungen leichter und schneller erkennen. Dies gilt gleichermaßen für kleine Unternehmen wie für große [vgl. Horváth 2011, 201].

2.2 Controllingarten

2.2.1 Strategisches Controlling

“Strategisches Controlling bedeutet die Wahrnehmung der Controllingaufgaben zur Unterstützung der strategischen Führung der Unternehmung. Strategisches Controlling ist die Koordination von strategischer Planung und Kontrolle mit der strategischen Informationsversorgung“ [Horváth 2011, 223].

Dieser Sicht stimmt Buchholz weitgehend zu: “Strategisches Controlling ist, im Kontext zur allgemein gültigen Controllingdefinition, die Koordination zwischen strategischer Planung, Information (zu unternehmensinternen und -externen Rahmenbedingungen) sowie Analyse und Kontrolle der strategischen Pläne und deren Prämissen“ [Buchholz 2009, 49].

Die von Buchholz formulierte „allgemein gültige Controllingdefinition“ darf dabei nicht falsch verstanden werden, denn eine solche gibt es nicht. Gemeint ist wohl eher, ein allgemeines Verständnis des Begriffes Controlling.

Buchholz hebt neben der Kontrolle der strategischen Planung auch auf die Kontrolle der Prämissen der Pläne ab. Da die Prämissen der strategischen Planung einen großen Einfluss auf die Pläne haben, kann dies ein wichtiger Aspekt bei der Formulierung einer erfolgreichen Strategie sein.

Horváth betont zusätzlich die strategische Informationsversorgung. Damit weist er darauf hin, dass auch für die Beurteilung der Strategie laufend Informationen erhoben werden sollten. Insbesondere die externen Rahmenbedingungen wie Gesetze und Verordnungen können die Strategie eines Gesundheitsunternehmens stark beeinflussen. Diese müssen vom Controlling regelmäßig im Blick behalten werden.

2.2.2 Operatives Controlling

“Für das operative Controlling sind die Probleme der taktischen und operativen Planung maßgeblich, d.h. man befasst sich mit Entwicklungen, die sich bereits in der Gegenwart durch Aufwand und Ertrag manifestieren. Die Ausrichtung erfolgt in erster Linie auf interne Aspekte der Unternehmung“ [Horváth 2011, 224].

Buchholz grenzt das strategische vom operativen Controlling ab durch den gewählten Planungshorizont: „Das operative Controlling orientiert sich im Wesentlichen an Zahlen und Ergebnissen der Gegenwart und Vergangenheit“ [Buchholz 2009, 41].

Das operative Controlling stützt sich hauptsächlich auf das betriebliche Rechnungswesen, definiert Kennzahlen und kontrolliert diese. Die Budgetierung des Geschäftsprozesses ist dabei eine wichtige Basis für Soll-Ist Analysen. Abweichungen werden analysiert und an die Beteiligten sowie bei wichtigen Fragen an die Geschäftsleitung kommuniziert.

2.3 Controllinginstrumente

2.3.1 ABC-Analyse

Mit der ABC-Analyse vergleicht man verschiedene Kunden/Produkte und setzt Prioritäten. Diese werden in die Kategorien A, B und C eingeordnet. In Kategorie A würden z.B. Kunden eingeordnet, die besonders profitabel sind. In Kategorie B Kunden, die durchschnittlich profitabel sind und in Kategorie C Kunden, die unterdurchschnittlich profitabel sind. Dadurch kann man feststellen, auf welche Zielgruppen man sich besonders konzentrieren sollte. Das Ergebnis einer ABC-Analyse kann in einer neuen Gewichtung der Kundengruppen bestehen. Zum Beispiel kann man Maßnahmen entwickeln, damit die Kunden der Kategorie C zu B-Kunden oder sogar zu A-Kunden werden. Genauso gut ist es auch möglich, die C-Kunden zu vernachlässigen und sich nur auf A- und B-Kunden zu konzentrieren. Eine radikale Möglichkeit wäre es, zu versuchen, sich von den C Kunden zu trennen. Wie man die ABC-Analyse einsetzt, hängt also in erster Linie von der Aufgabenstellung ab.

2.3.2 Break-Even-Analyse

Kotler, Armstrong, Wong und Saunders definieren die Break-Even-Analyse wie folgt:

„Die Break-Even-Analyse berechnet bei einem gegebenen Preis die erforderliche Absatzmenge zur Deckung aller Kosten bzw. zur Erreichung der Gewinnschwelle“ [Kotler/Armstrong/Wong/Saunders 2011, 740].

In der Break-Even-Analyse wird der Punkt ausgerechnet, an dem ein Produkt oder eine Dienstleistung von der Verlustzone in die Gewinnzone gelangt. Die Formel hierfür lautet:

Break-Even-Point (BEP) = fixe Kosten/(Preis-variable Kosten)

Beispiel:

Fixe Kosten:	2.000
Variable Kosten:	5
Preis:	25
BEP:	$2.000 / (25 - 5)$
BEP:	100

Dies würde bedeuten, dass man mit dem 100. verkauften Produkt den Break-Even-Point erreicht hat, also weder Gewinn noch Verlust entstanden ist. Wenn mehr als 100 Produkte verkauft werden, entsteht Gewinn. Bei weniger Verkäufen bewegt man sich noch in der Verlustzone.

2.3.3 Benchmarking

„Benchmarking ist der kontinuierliche Prozess, Produkte, Dienstleistungen und Praktiken zu messen gegen den stärksten Mitbewerber oder die Firmen, die als Industrieführer angesehen werden, aber auch im eigenen Unternehmen im Wettbewerb einzelner Abteilungen untereinander“ [Knorr/Halfar 2000, 121].

Benchmarking bedeutet also, die Ergebnisse des eigenen Unternehmens bzw. der eigenen Abteilung mit denen von externen Unternehmen bzw. anderen Abteilungen zu vergleichen. Die Daten eines fremden Unternehmens oder einer Gruppe von Unternehmen kann man in einigen Fällen auch von Marktforschungsunternehmen erwerben.

In der Praxis des Gesundheitsbetriebes kann das Benchmarking eine große Rolle spielen. Wichtig ist hierbei, den/die richtigen Benchmarking-Partner zu wählen. Um seine eigene Leistung zu verbessern, sollte man sich idealerweise am best practice orientieren. Herauszufinden, wer die Prozesse im Sinne von best practice steuert, ist dabei eine Herausforderung. Da viele Gesundheitsbetriebe ein begrenztes Einzugsgebiet haben, sollte aber der Datenaustausch mit vergleichbaren Betrieben aus anderen Einzugsgebieten normalerweise nicht problematisch sein. Das regelmäßige Benchmarking stellt dann eine wertvolle Informationsquelle für die vergleichende Bewertung des Unternehmenserfolges dar.

2.3.4 Balanced Scorecard

Der Begriff Balanced Scorecard (BSC) geht auf die Arbeit von Kaplan an der Universität Harvard zurück.

„Die Balanced Scorecard sollte die Mission und Strategie einer Geschäftseinheit in materielle Ziele und Kennzahlen übersetzen können“ [Kaplan/Norton 1997, 10].

„Die Balanced Scorecard füllt die Lücke, die in den meisten Managementsystemen klafft: Der Mangel an systematischen Prozessen zur Durchführung und Rückkopplung der Unternehmensstrategie. Managementprozesse, die in Verbindung mit der BSC geschaffen wurden, befähigen die Organisation dazu, sich immer wieder an die Strategie anzupassen und sie zu verfolgen“ [Horváth 2011, 233].

Bei der BSC geht es also darum, betriebswirtschaftliche Kennzahlen zu verbinden mit Kennzahlen, die den Fortschritt im Bereich der strategischen Ziele dokumentieren. Diese Kennzahlen müssen häufig erst entwickelt werden. Sie betreffen z.B. das Verhältnis zu Kunden oder Lieferanten oder den Fortschritt, den die eigenen Mitarbeiter in Bezug auf ihr Know-how oder im Bewältigen der Unternehmensprozesse machen. Diese weichen Daten stellen häufig einen Wert für das Unternehmen dar, der in der Bilanz nicht auftaucht und doch entscheidend sein kann für den Erfolg des Unternehmens.

Eine BSC setzt voraus, dass das Unternehmen eine Vision und Strategie entwickelt, wie es die Herausforderungen der Zukunft bewältigen will. Aus dieser Strategie werden aussagekräftige Teilziele definiert und dafür Messgrößen bestimmt, die den strategischen Fortschritt dokumentieren.

Kaplan und Norton beschreiben in einem Beispiel vier Bereiche, auf die die Vision und Strategie Einfluss nehmen soll: die Kundenperspektive, die Finanzperspektive, die internen Geschäftsprozesse und Lernen und Entwicklung. Die jeweilige Fragestellung, soll in Ziele, Kennzahlen, Vorgaben und Maßnahmen umgesetzt werden. Es hängt vom Unternehmen ab, welche Fragestellungen aus der Vision und Strategie abgeleitet werden müssen.

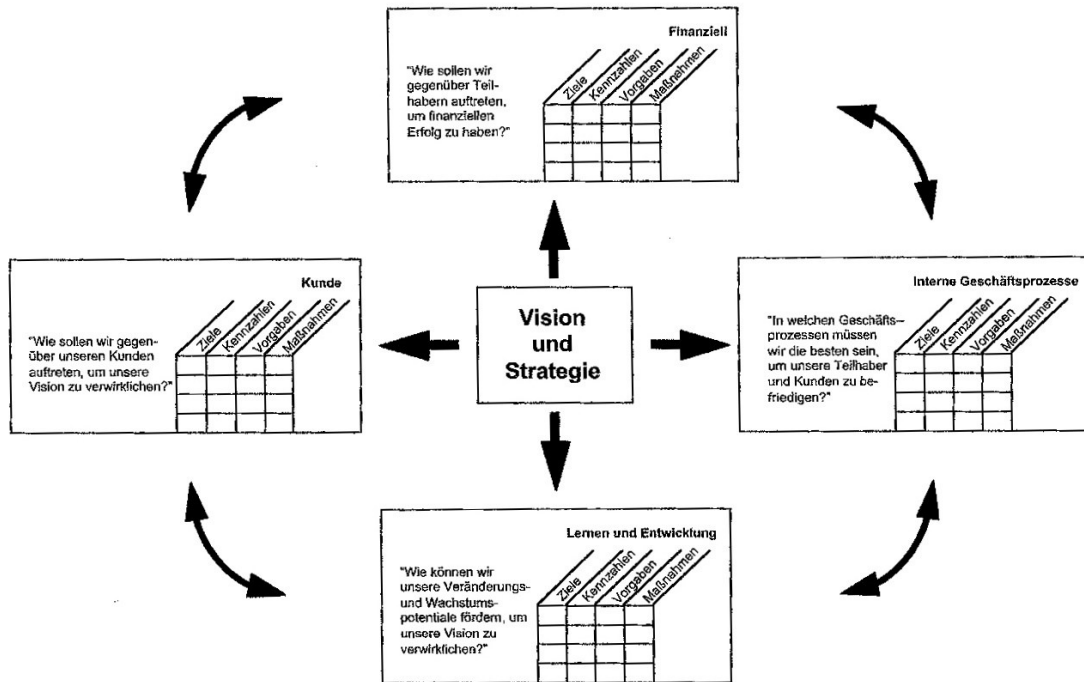


Abbildung 2: Die BSC als Instrument zur Umsetzung der Vision und Strategie

Frodl sieht Einsatzmöglichkeiten der BSC in Gesundheitsbetrieben:

„Der Einsatz einer Balanced Scorecard (BSC) für die Steuerung des Gesundheitsbetriebs dient dazu, die Erreichung von strategischen Zielen messbar und über die Ableitung von Maßnahmen umsetzbar zu machen. Anhand von Patienten-, Finanz-, Entwicklungs- und Prozessperspektiven lenkt sie im Gegensatz zu klassischen Kennzahlensystemen den Blick auch auf nicht-finanzielle Indikatoren“ [Frodl 2012, 72].

2.3.5 Soll/Ist-Analyse

Die Soll/Ist-Analyse ist die ursprüngliche Kontrollaufgabe. Notwendig hierfür ist eine Sollvorgabe, die die gleichen Parameter zu Grunde legt, wie das zu kontrollierende Ergebnis, zum Beispiel eine Budgetvorgabe. Es wird eine Sollvorgabe bzw. ein Ziel festgelegt und nach einer festgelegten Zeit kontrolliert, ob dieses erreicht wurde.

Weber und Schäffer unterteilen die Abweichungsanalyse in einen rechentechnischen und einen inhaltlichen Teil. Der rechentechnische Teil „liefert wichtige, aber für die Zwecke des Lernens nur beschränkt aussagefähige Informationen. So ist es für einen Kostenstellenleiter zwar wichtig zu wissen, dass er mehr Personal eingesetzt oder

mehr Material verbraucht hat, als dies nach Sollkostenfunktion statthaft gewesen wäre; warum beides passiert ist, weiß er damit noch nicht“ [Weber/Schäffer 2011, 277].

Es geht also bei der Soll/Ist-Analyse nicht nur um die Feststellung der Abweichung. Der Controller hat darüber hinaus die Aufgabe, einen Beitrag zu leisten für die Erklärung der Abweichung.

„Der inhaltliche Teil der Abweichungsanalyse bedeutet eine Rekonstruktion tatsächlicher Geschäftsvorfälle aus den aufgezeichneten Zahlen. Dies lässt sich nur in Interaktion mit den Betroffenen erreichen. Bildlich gesprochen muss der Controller seinen Schreibtisch verlassen und „zum Ort des Geschehens“ in die Leistungsbereiche gehen“ [Weber/Schäffer 2011, 277].

2.4 Effektivität

Im Wirtschaftslexikon Gabler ist Effektivität in der Gesundheitsökonomie wie folgt definiert:

„In der Gesundheitsökonomie bezeichnet Effektivität die Fähigkeit einer medizinischen Technologie, den Gesundheitszustand eines Patienten gezielt positiv zu beeinflussen. Kriterium für die Effektivität einer Technologie ist der Zielerreichungsgrad (realisierter Gesundheitszustand zu angestrebtem Gesundheitszustand)“ [Wirtschaftslexikon Gabler 2013a].

Merchel: „Effektivität wird weitgehend am Ergebnis gemessen: Mit Effektivität wird das Verhältnis zwischen dem in die Vorstellung von Qualität eingegangenen Zielen und der erreichten Wirkung gekennzeichnet. Die Debatte über Effektivität bewegt sich auf der Ebene der Ergebnisqualität und setzt diese in das Verhältnis zu den vorher definierten Zielen“ [Merchel 2013, 67].

Neben der medizinischen bzw. pflegerischen Effektivität geht es bei einem Gesundheitsunternehmen natürlich auch um die Effektivität im betriebswirtschaftlichen Sinne. Dabei kommt es auf die zielorientierte Wirksamkeit an, kurz: to do the right things.

In Gesundheitsbetrieben muss sich die Effektivität also daran messen lassen, wie gut das Ergebnis der Wiederherstellung oder Erhaltung der Gesundheit der Patienten ist. Dies ist die wichtigste Aufgabe eines solchen Unternehmens. Daneben gilt es die „richtigen“ Maßnahmen zu treffen, um auch die unternehmerischen Ziele zu erreichen.

Die Aufgabe des Controllings besteht dabei darin, zusammen mit der Geschäftsleitung messbare Ziele zu definieren und deren Erreichung zu kontrollieren.

Um entsprechende Ziele zu definieren und zu kontrollieren, eignet sich zum Beispiel eine BSC, die neben den betriebswirtschaftlichen Daten z.B. auch Gesundheitsparameter oder das Wohlbefinden der Patienten bzw. Bewohner misst.

2.5 Effizienz

„Effizienz markiert das Verhältnis zwischen dem Aufwand und der Wirkung einer Leistung, lässt sich also kennzeichnen als Relation zwischen den Mitteln, deren Beschaffenheit als Struktur- und Prozessqualität einer Leistung erfasst wird, und den erreichten Wirkungen (Ergebnisqualität)“ [Merchel 2013, 64].

Effizienz bedeutet, mit möglichst geringem Aufwand, die größte Wirkung zu erzielen. Es geht also darum, die Wirksamkeit der Maßnahmen im Sinne von *to do things right* zu messen. Dafür ist es notwendig, Aufwand und Ergebnis regelmäßig zu messen. Mit der Zeit ergibt sich so ein klares Bild von *best practice*. Die Kennzahlen des *best practice* dienen als Orientierungsgröße um die Effizienz zu bewerten. Dabei ist es hilfreich, mit Benchmarkingdaten von externen Quellen die eigene Effizienz zu vergleichen.

2.6 Kritik am Controllingsystem

Horváth beschreibt die kritischen Aspekte des Controllings:

„Eine zu starke Controlling-Komplexität durch eine ausgeprägte Controlling-Hierarchie; hohe Arbeitsbelastung der operativen Bereiche durch Informationsanforderungen des Controlling; Akzeptanzprobleme durch zu starke Kontrollorientierung der Controller; Last but not least: Mangelhafte Informationsversorgung durch das Controlling (zu langsam, zu wenig empfängerorientiert, falsche Signale)“ [Horváth 2011, 800].

Gerade für kleine Betriebe gilt es, diese Kritikpunkte im Auge zu behalten und das Controlling darauf hin zu überprüfen. Es gilt, einen deutlichen Unterschied zu machen zwischen *nice to know* und *need to know*.

3 Gesundheitsbetriebe

3.1 Rahmenbedingungen

Die Rahmenbedingungen der Gesundheitsbetriebe werden durch die Bevölkerungsstruktur, insbesondere die Altersstruktur der Bevölkerung und die Morbidität der Bevölkerung wesentlich beeinflusst. Wie man anhand der Grafik erkennen kann, verschiebt sich die Alterspyramide bis 2050. Das liegt einerseits an der niedrigen Geburtenrate (durchschnittlich 1,4 Kinder pro Frau) [Statistisches Bundesamt, 2013] und am medizinischen Fortschritt. Dies führt gleichzeitig zu einer Steigerung der Kosten im Gesundheitssystem. Da kein Gegentrend zu erwarten ist, ist es wichtig, die vorhandenen Mittel so wirtschaftlich wie möglich einzusetzen. Das Controlling bietet die Möglichkeit aufzuzeigen, wie man die begrenzten Mittel effektiv und effizient einsetzt.

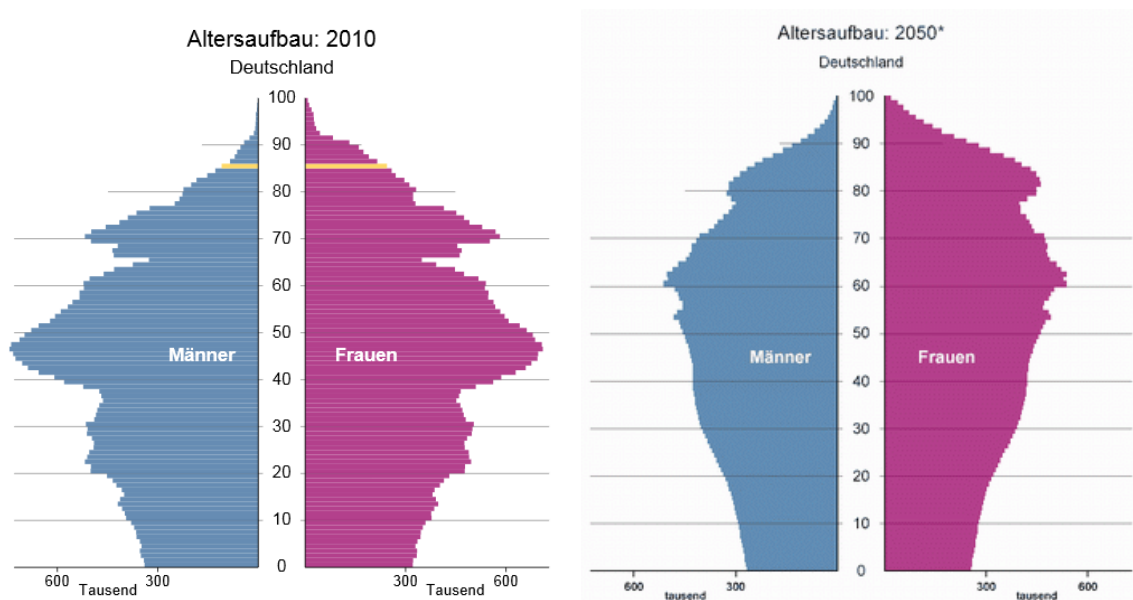


Abbildung 3: Altersaufbau der deutschen Bevölkerung [statistisches Bundesamt 2013a]

Neben der Altersstruktur spielen Standortbedingungen des Gesundheitsbetriebs, wie z.B. die Wettbewerbssituation, die Arbeitsmarktsituation am Standort und die lokale Bevölkerungsstruktur eine Rolle.

Die rechtlichen Grundlagen setzen darüber hinaus einen Rahmen, den Gesundheitsbetriebe beachten müssen.

Für das Controlling von Gesundheitsbetrieben sind die Abrechnungsgrundlagen besonders wichtig, auf deren Basis sich der Gesundheitsbetrieb zu einem erheblichen

Anteil finanziert. Dies sind insbesondere der Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM), die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ), Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) und die Bundespflegesatzverordnung (BPfIV).

Diese Besonderheit der Erzielung von Einkünften und die Tatsache, dass ein erheblicher Anteil der Gesundheitsbetriebe gemeinnützige Träger haben (54 % der stationären Pflegeheime) [statisches Bundesamt 2013b], erweckt manchmal fälschlicherweise den Eindruck, als ob betriebswirtschaftliche Erfordernisse zweitrangig für den Betriebserfolg seien. Das ist jedoch ein Trugschluss. Gesundheitsbetriebe stehen ebenso im Wettbewerb zueinander wie andere Betriebe. Auch wenn ihre oberste Aufgabe nicht Gewinnerzielung ist, sind sie doch gezwungen, wirtschaftlich zu handeln, um ihre Ressourcen sinnvoll einzusetzen und im Wettbewerb der Gesundheitsbetriebe untereinander zu bestehen.

Eine weitere wesentliche Rahmenbedingung ist der Kostendruck, unter dem Gesundheitsunternehmen stehen. Sie verfügen meist über begrenzte finanzielle Mittel, stehen aber trotzdem unter hohem Modernisierungsdruck. Moderne, effektive medizinische Ausrüstung der Betriebe und Fortbildung für die Mitarbeiter sind wichtig für die Konkurrenzfähigkeit. Auch das macht es notwendig, die finanziellen Mittel optimal einzusetzen.

Eine weitere Folge der steigenden Kosten und sinkenden Einnahmen im Gesundheitssystem ist, dass Gesundheit und Lebensqualität immer mehr zum privaten Konsumgut werden. Das bedeutet, dass die Krankenkassen immer weniger Leistungen bezahlen und man für immer mehr Behandlungen einen Eigenanteil zahlen muss. Somit ist es besonders wichtig, vermitteln zu können, dass die erbrachte Leistung ihre Bezahlung wert ist. Das Controlling kann helfen, die Wirksamkeit der Maßnahmen zu überprüfen.

Selbstverständlich muss der Gesundheitsbetrieb auch und in besonderer Weise Verantwortung übernehmen, für die Menschen, die als Patienten behandelt werden. Sie sind nicht nur Kunden im betriebswirtschaftlichen Sinne, sondern der Gesundheitsbetrieb und seine Mitarbeiter müssen sich bei ihrer Arbeit immer an hohen ethischen Maßstäben orientieren.

3.2 Betriebe im Gesundheitswesen

Frodl definiert Gesundheitsbetriebe wie folgt:

„Der Gesundheitsbetrieb lässt sich als in sich geschlossene Leistungseinheit zur Erstellung von Behandlungs- oder Pflegeleistungen an Patienten oder Pflegebedürftigen ansehen, die dazu eine Kombination von Behandlungseinrichtungen, medizinischen

Produkten und Arbeitskräften einsetzt. Zum Einsatz können auch Betriebsmittel, Stoffe und sonstige Ressourcen gelangen, die nur mittelbar zur Erstellung der Behandlungs- oder Pflegeleistungen beitragen. Arztpraxen, Zahnarztpraxen, Pflegeeinrichtungen, heilpraktische Einrichtungen, Krankenhäuser etc. lassen sich somit eindeutig als Gesundheitsbetriebe identifizieren. Sonstige Einrichtungen des Gesundheitswesens wie Krankenkassen, kassenärztliche Vereinigungen oder pharmazeutische Unternehmen zählen hingegen nicht dazu“ [Frodl 2010, 23].

3.2.1 Übersicht der Gesundheitsbetriebe

Entsprechend der Definition für Gesundheitsbetriebe von Frodl ergeben sich nach dem statistischen Bundesamt und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (Stand 2011/2010) die folgenden Zahlen:

Einrichtung	Anzahl Gesundheitsbetriebe	Anzahl Mitarbeiter	Ø Anzahl MA pro Einrichtung
Krankenhäuser	2.045	1.137.000	556
Arztpraxen	104.951	692.000	6,6
Zahnarztpraxen	44.916	355.000	7,9
Pflegeeinrichtungen (stationär)	12.354	661.000	53,5
Pflegeeinrichtungen (ambulant)	12.349	291.000	23,6
Heilpraktische Einrichtungen (Vorsorge und Reha)	1.233	170.000	137,9

Tabelle 2: Übersicht der Gesundheitsbetriebe [statistisches Bundesamt 2013c-f; kassenärztliche Bundesvereinigung 2013; GBE-Bund 2013]

Bei Betrachtung der durchschnittlichen Anzahl der Mitarbeiter pro Einrichtung, muss berücksichtigt werden, dass es sich nicht ausschließlich um Vollzeitstellen handelt, sondern auch um Teilzeitstellen und geringfügig Beschäftigte.

Unter dem Gesichtspunkt Controlling muss man die Einrichtungen unterteilen in Betriebe, die eine größere Verwaltung haben und Betriebe, die eine kleinere Verwaltung haben. In Krankenhäusern und heilpraktischen Einrichtungen sind Controller häufiger anzutreffen als in den übrigen Gesundheitsbetrieben. Das liegt an den relativ kleinen Verwaltungseinheiten der Pflegeeinrichtungen bzw. Arztpraxen und an der Höhe des Umsatzes, der in diesen Gesundheitsbetrieben erzielt wird.

3.2.2 Umsatz der Gesundheitsbetriebe

Einrichtung	Anzahl Gesundheitsbetriebe	Gesamtumsatz in Mio. €	Ø Umsatz pro Einrichtung Mio. €
Krankenhäuser	2.045	76.840	37,57
Arztpraxen	104.951	44.444	0,42
Zahnarztpraxen	44.916	18.155	0,40
Pflegeeinrichtungen (stationär)	12.354	22.196	1,80
Pflegeeinrichtungen (ambulant)	12.349	10.592	0,86

Tabelle 3: Umsatz der Einrichtungen [statistisches Bundesamt 2013c, d, e, g]

Mit Ausnahme der Krankenhäuser fallen alle Einrichtungen in die Kategorie der kleinen Gesundheitsbetriebe, mit durchschnittlichen Jahresumsätzen, die im Bereich von 0,4 Mio. € bis 1,8 Mio. € liegen. Die limitierte Umsatzgröße erklärt gleichzeitig, warum sich die kleinen Gesundheitsbetriebe keine großen Verwaltungsabteilungen leisten können.

4 Schwerpunkte des Controllings in Gesundheitsbetrieben

4.1 Personalcontrolling

In den meisten Gesundheitsunternehmen stellen die Personalkosten einen großen Anteil der Gesamtkosten dar. Deshalb ist das Controlling des Personalbereichs auch in kleinen Gesundheitsunternehmen eine wichtige Aufgabe. Die Einschätzung des richtigen Personalbedarfs und die angemessene Bezahlung des Personals sind wichtige Parameter, um die Kosten des Gesundheitsbetriebs zu steuern.

Frodl definiert Personalcontrolling im Gesundheitsbetrieb als:

„eine spezielle Form des allgemeinen Controllings zur Analyse der gegebenen Informationen von und über die Mitarbeiter, zur Vorbereitung und Kontrolle von personalrelevanten Entscheidungen auf der Grundlage dieser Information, sowie zur Steuerung und Koordination der Informationsflüsse im Personalbereich“ [Frodl 2012, 100].

4.1.1 Personalbedarf, Planstellen vs. Ist-Status

Den Personalbedarf ermittelt man, indem man definiert, wie viel Personal notwendig ist, um die anfallende Arbeit zu bewältigen. Dabei muss man berücksichtigen, dass neben der reinen Arbeitszeit auch Zeiten für vorgeschriebene Pausen, Übergabezeiten, Urlaub und Krankheit eingerechnet werden müssen. Dem Controlling fällt die Aufgabe zu, diese Zeiten zu aktualisieren, um Fehlentwicklungen vorzubeugen. Aus dem Personalbedarf entwickelt man die notwendigen Planstellen. Ein Vergleich des Ist-Status mit den Planstellen zeigt den Beschäftigungsgrad auf. Man drückt die Planstellen in Vollzeitkräften (VZK) aus. VZK bedeutet, dass man Teilzeitbeschäftigte und geringfügig Beschäftigte als Anteil einer Vollzeitstelle rechnet.

Beispiel: Halbtagsstelle = 0,5 VZK

Die Formel für den Beschäftigungsgrad lautet:

Ist-Beschäftigung / Planbeschäftigung * 100

Beispiel:

Planbeschäftigung = 30 VZK

Ist-Beschäftigung = 27 VZK

$27 / 30 * 100 = 90 \%$ Beschäftigungsgrad

Der Beschäftigungsgrad beträgt in diesem Beispiel 90 %. Ein Beschäftigungsgrad unter 100 % bedeutet, dass das Personal überbeansprucht wird. Das kann zu Fehlern und zu erhöhter Mitarbeiterfluktuation führen. Ein Beschäftigungsgrad über 100 % ist ein Hinweis auf Einsparungspotentiale. Sowohl auf Überbeschäftigung als auch auf Unterbeschäftigung muss die Geschäftsleitung mit entsprechenden Maßnahmen reagieren.

4.1.2 Fehlzeiten der Mitarbeiter

Die Fehlzeiten werden mit folgender Formel errechnet:

$\text{Fehlzeiten} / \text{Soll-Arbeitszeit} * 100$

Die Fehlzeiten entstehen z.B. durch Krankheit, Urlaub, Weiterbildung oder Freizeitausgleich. Ungeplante Fehlzeiten führen oft zu Engpässen beim Personal. Um das zu vermeiden, sollten Fehlzeiten von vorne herein beim Personalbedarf berücksichtigt werden. Krankheitsbedingte Fehlzeiten sind zu unterscheiden nach längerfristigen und kurzfristigen Krankheiten der Mitarbeiter. Für längerfristig andauernde Krankheiten muss ein Mitarbeiterersatz eingestellt werden. Kurzfristige Krankheiten werden meist über Mehrarbeit ausgeglichen, die aber später mit Freizeit ausgeglichen werden muss. Mit den Kennzahlen zu Krankheit, Urlaub, Weiterbildung und Freizeitausgleich lässt sich der kurzfristige Personalbedarf steuern.

4.1.3 Fluktuation

Unter Fluktuation versteht man den Anteil der Mitarbeiter, die das Unternehmen verlassen, im Verhältnis zur durchschnittlichen Belegschaftsgröße.

Formel:

$\text{Anzahl der Personalausritte} / \text{durchschnittliche Anzahl der Belegschaft} * 100$

Mit der Fluktuationsrate kann man unter anderem die Zufriedenheit der Mitarbeiter mit dem Arbeitsplatz bewerten. Dafür sollte die Fluktuationsrate z.B. nach Abteilungen, Alter, Geschlecht, Qualifikation erhoben werden. Es bietet sich auch an, diese Zahlen

über Benchmarking mit anderen Unternehmen zu vergleichen. Als Benchmarking kann auch eine längerfristige Zeitreihe der Fluktuationsrate des eigenen Unternehmens dienen. Eine Befragung der Mitarbeiter nach dem Austrittsgrund, hilft darüber hinaus, negative Trends zu erkennen. Bei kleinen Gesundheitsbetrieben reicht diese Befragung aus. Die Ergebnisse sollten jedoch standardisiert festgehalten werden.

4.1.4 Gehaltsstruktur und -entwicklung

Die Gehaltsstruktur wird teilweise durch Tarifverträge vorgegeben. Für nicht tarifvertraglich gebundene Mitarbeiter/Unternehmen kann die Gehaltsstruktur durch eine Bewertung der Arbeitsplätze mit einem Grading-System erfolgen.

4.1.5 Grading-System

Das Grading-System bietet die Möglichkeit, weitgehend objektiv die Stellen des Unternehmens zu bewerten.

Dazu „benotet“ das Grading-System den Wert jeder Stelle anhand einer Liste von Kriterien mit einem Rating von eins bis fünf. Eine hohe Punktzahl bedeutet, dass die jeweilige Funktion einen hohen Stellenwert im Unternehmen hat und entsprechend bezahlt wird. Die Kriterien orientieren sich an den für das Gesundheitsunternehmen notwendigen Qualifikationen. Das Grading-System dient auch zur Kontrolle einer gerechten Bezahlung der Mitarbeiter im Vergleich untereinander.

Beispiel für eine Funktionsbewertung durch ein Grading-System:

Rating 1-5					
	<div>Niedrig</div> <div>mittel</div> <div>sehr hoch</div>				
	1	2	3	4	5
Kenntnisse und Fähigkeiten					
Funktionskenntnisse: Grad der Kenntnisse, die benötigt werden, um den eigenen Arbeitsbereich zu bewältigen	keine	mit Anleitung	selbständig	Spezialkenntnisse	Gesamtüberblick
Geschäftskenntnisse: Wie umfassend müssen die Kenntnisse über die ganze Organisation sein, um die Stelle optimal auszufüllen.	keine	nur Abteilung	abteilungsübergreifend	umfassend	Gesamtüberblick
Problemlösungskompetenz: Inwieweit muss der Stelleninhaber fähig sein, Probleme zu lösen (welcher Grad)	keine	mit Anleitung	selbständig	komplizierte	verantwortlich
Einfluss					
Wirkung auf Prozesse: Inwieweit wird auf dieser Stelle verlangt, bei Prozessen inhaltlich mitzuwirken.	keine	Feedback	entwirft Prozesse	Prozessverantwortung	Gesamtverantwortung für Prozesse
Führungswirkung	keine	Feedback	kleine Abteilung	große Abteilung	Gesamtorganisation
Einflussstärke intern: Welchen Grad hat der Einfluss dieser Stelle in der Organisation	keine	Feedback	Empfehlung	Entscheidung	Gesamtverantwortung
Einflussstärke extern: Welchen Grad hat der Einfluss dieser Stelle außerhalb (Förderern, anderen Organisationen, Bewerbern, offiziellen Stellen)	keine	Feedback	Empfehlung	Entscheidung	Gesamtverantwortung
Verantwortung					
für Einnahmen	keine	Teilbereich	bis X Tsd.	bis Y Tsd.	ab Z Tsd.
für Patienten	keine	Teilbereich	bis X Tsd.	bis Y Tsd.	ab Z Tsd.
für Personal	keine	1 Mitarbeiter	bis 3 Mitarbeiter	bis 8 Mitarbeiter	über 8 Mitarbeiter
Summe Punkte					

Tabelle 4: Grading-System [vgl. Grading-System, NPH Karlsruhe]

Die Bewertung der Funktion sollte anhand der Stellenbeschreibung zwischen dem verantwortlichen Abteilungsleiter und dem Personalleiter bzw. dem Geschäftsführer erfolgen. Das Personalcontrolling erstellt das Grading-System und stellt sicher, dass neue Stellen im Unternehmen nach diesem bewertet werden.

4.2 Kostencontrolling

Die Hauptaufgabe des Kostencontrollings ist es, die Kosten des Unternehmens transparent zu machen. Dadurch soll die Geschäftsleitung in die Lage versetzt werden, rechtzeitig zu reagieren, wenn sich die Kosten in Relation zu den Zielen abweichend entwickeln.

Die Ursache für ungeplante Kostensteigerungen analysiert das Controlling und macht Vorschläge, welche Maßnahmen ergriffen werden sollen. Die Kosten eines Gesundheitsunternehmens bestehen zu einem großen Teil aus Personalkosten für Behandlung bzw. Pflege. Obwohl die Pflegeleistungen bzw. Behandlungen nach festen Vergütungstarifen der Pflegeversicherung oder Krankenkasse entlohnt werden, erscheint es wichtig, die tatsächlichen Kosten zu erfassen, um sie zum Beispiel im Rahmen einer Pflegesatzverhandlung argumentieren zu können.

Um die Kosten kontrollieren zu können, empfiehlt es sich, ein Budget zu erstellen. Das Budget wird für einen festen Zeitraum definiert, z.B. ein Jahr. Es dient als Ziel- und Messgröße für die Ausgaben. Eine Unterschreitung oder Überschreitung des Budgets muss vom Kostenstellenverantwortlichen kommentiert werden.

4.2.1 Kostenstellen/Kostenarten

Die Zuordnung der Kosten zu Kostenstellen und Kostenarten erleichtert die Transparenz in einem Gesundheitsunternehmen. Daneben ist die Delegation der Verantwortung für die Kosten auf einen Kostenstellenleiter möglich. Die Kostenstellen hängen vom jeweiligen Unternehmen ab. Sie sollten so definiert werden, dass es sich um einen abgegrenzten Verantwortungsbereich eines Mitarbeiters oder einer Abteilung handelt.

Innerhalb der Kostenstelle werden die zurechenbaren Kosten nach Kostenarten gebucht. Das Controlling kann mit einer Soll/Ist-Analyse bei Abweichungen vom Plan mit dem Kostenstellenverantwortlichen anhand der Kostenarten analysieren, woher die Ursache für die Abweichung stammt und wie man diese bereinigt.

4.2.2 Einzel- und Gemeinkosten

Man unterscheidet die Kosten nach ihrer Zurechenbarkeit in Einzel- und Gemeinkosten. Einzelkosten können den Kostenstellen direkt zugeordnet werden. Gemeinkosten kann man nur mit einem Verteilungsschlüssel anteilig auf die Kostenstellen verteilen.

4.2.3 Deckungsbeitragsrechnung

„Die Deckungsbeitragsrechnung ist eine Teilkostenrechnung, die aus der Gegenüberstellung der Erlöse und der proportionalen Kosten einer Produkteinheit den Deckungsbeitrag ermittelt“ [Horváth 2011, 413].

In Gesundheitsbetrieben geht es nicht um Produkte sondern um Patienten- oder Bewohnergruppen, für die man Deckungsbeiträge errechnen kann. Dadurch wird transparent, welche Gruppe welchen Beitrag zur Deckung der Fixkosten bzw. zur Erzielung eines Gewinns beiträgt.

4.3 Investitionscontrolling

Die Aufgabe des Controllings ist es, Investitionsrechnungen zu erstellen, die als Entscheidungsgrundlage für die Geschäftsführung dienen.

„Unter dem Begriff „Investitionsrechnungen“ fasst man Verfahren zusammen, die darauf gerichtet sind, mehrperiodisch wirksame Handlungsalternativen zu bewerten“ [Weber/Schäffer 2011, 335].

Man unterscheidet in statische Investitionsrechenverfahren und dynamische Investitionsrechenverfahren. Zu den statischen Verfahren zählen: Kostenvergleichsrechnung, Gewinnvergleichsrechnung und Amortisationsrechnung.

Zu den dynamischen Verfahren zählen die Kapitalwertmethode, die Interner-Zinsfuß-Methode und dynamische Amortisationsrechnung. Der wesentliche Unterschied zwischen den statischen Verfahren und den dynamischen Verfahren besteht darin, dass die statischen Verfahren die Wirkungen des Zinses und Zinseszinses nicht beachten. Dadurch entstehen bei langfristig wirksamen Investitionen erhebliche Abweichungen.

Der Vorteil der statischen Investitionsrechnung ist, dass sie wesentlich einfacher durchzuführen ist, als die dynamische. Deshalb ist die statische Investitionsrechnung, auch wenn sie ungenauere Aussagen trifft, für Kleinbetriebe oft empfehlenswert. Auch mit einer Break-Even-Analyse kann man mit wenig Aufwand ermitteln, wie schnell eine Investition die Gewinnzone erreicht.

Bei großen Investitionen empfiehlt es sich, die dynamischen Verfahren anzuwenden, um sicherzustellen, dass sich die Investition besser verzinst, als wenn man das Geld anlegt.

4.4 Finanzierungscontrolling

„Finanzierungsrechnungen bilden den Input für das Finanzbudget und transformieren die Inhalte der betrieblichen Teilpläne in Zahlungsgrößen. Alle hiermit verbundenen koordinativen Aufgaben sind Gegenstand des Finanzcontrollings. Das Finanzcontrolling hat auch die Aufgabe, die Wahrung der Wirtschaftlichkeit bei der Liquiditätssicherung zu bewirken“ [Horváth 2011, 375].

Frodl definiert Finanzierungscontrolling eines Gesundheitsbetriebes folgendermaßen:

„Das Finanzierungscontrolling des Gesundheitsbetriebs umfasst die Steuerungsmaßnahmen zur Aufrechterhaltung seiner Zahlungsfähigkeit und zur Koordination von Finanzierungsentscheidungen. Dazu zählen sowohl die Überwachung, der kurz- mittel- und langfristigen Finanzsituation, die Analyse und Beeinflussung der Finanzierungskosten als auch die Unterstützung der externen Rechnungslegung“ [Frodl 2012, 117].

Die Finanzierungsrechnung wird periodisch erstellt. Die Jahresfinanzplanung enthält neben dem Anfangsgeldbestand, die geplanten Einzahlungen und Auszahlungen aus dem Geschäftsprozess. Der Jahresfinanzplan wird dann auf Monatspläne, Wochenpläne und Tagespläne heruntergebrochen.

Vereinfachtes Beispiel:

Jahresfinanzplan xxxx:

Geldanfangsbestand:	25.000 €	
Kasse:		5.000 €
Bankguthaben:		20.000 €
<hr/>		
Geplante Einzahlungen:	150.000 €	
Krankenkassen:		50.000 €
Sozialamt:		50.000 €
Bewohner:		50.000 €
<hr/>		
Geplante Auszahlungen:	120.000 €	
Personalkosten:		90.000 €
Verpflegung:		15.000 €
Materialkosten:		15.000 €
<hr/>		
Einzahlungsüberschuss:	30.000 €	
Liquidität:	55.000 €	

Monatsfinanzplan Januar xxxx:

Geldanfangsbestand:	25.000 €	
Kasse:		5.000 €
Bankguthaben:		20.000 €
<hr/>		
Geplante Einzahlungen:	13.000€	
Krankenkassen:		5.000 €
Sozialamt:		5.000 €
Bewohner:		3.000 €
<hr/>		
Geplante Auszahlungen:	12.000 €	
Personalkosten:		9.000 €
Verpflegung:		1.500 €
Materialkosten:		1.500 €
<hr/>		
Einzahlungsüberschuss:	1.000 €	
Liquidität:	26.000 €	

Tagesfinanzplan 01. Februar xxxx:

Geldanfangsbestand:	6.000 €	
Kasse:		5.000 €
Bankguthaben:		21.000 €
<hr/>		
Geplante Einzahlungen:	0 €	
Krankenkassen:		0 €
Sozialamt:		0 €
Bewohner:		0 €
<hr/>		
Geplante Auszahlungen:	9.000 €	
Personalkosten:		9.000 €
Verpflegung:		0 €
Materialkosten:		0 €
<hr/>		
Einzahlungsüberschuss:	-9.000 €	
Liquidität:	12.000 €	

In dem vereinfachten Beispiel zeigt sich, dass die Liquidität des Jahresfinanzplans durch den Einzahlungsüberschuss und den Geldanfangsbestand sehr gut gesichert ist. Auch in der Monatsplanung für Januar ist die Liquidität sehr gut sichergestellt. Bei der Tagesplanung des ersten Februar fällt auf, dass die Gehaltszahlung von 9.000 € die Liquidität deutlich senkt. Ein weiterer Tag mit hohen Auszahlungen würde das Unternehmen an die Grenze seines Geldbestandes bringen, was dazu führen könnte, dass

ein Überziehungskredit aufgenommen werden muss, der - je nach Bonität des Unternehmens - teuer sein kann.

4.5 Marketingcontrolling

„Mit dem Marketingcontrolling versucht der Gesundheitsbetrieb, den Erfolg seiner Marketingaktivitäten zu messen, zu kontrollieren und zu steuern, um sie konzeptionell und zielgerichtet weiterzuentwickeln. Maßstab ist dabei der Erfolg im Patientenmarkt und damit der Nachweis der Effizienz der Marketingmaßnahmen“ [Frodl 2012, 124].

Der erste Schritt im Marketingcontrolling eines Gesundheitsbetriebs besteht in der Marktanalyse. Unter Markt sind hierbei zu verstehen, das Kundenpotential, die Rahmenbedingungen des Standortes und die Wettbewerbssituation. Daran schließt sich eine Analyse der eigenen Stärken und Schwächen an. Mit Hilfe der Marktanalyse und der Stärken/Schwächen-Analyse werden Ziele und Marketingstrategien definiert. Die Erreichung der Ziele wird dann vom Controlling überprüft.

Das Kundenpotential hängt von der Ausrichtung des Gesundheitsbetriebs (Arztpraxis, Zahnarztpraxis, stationäre/ambulante Pflegeeinrichtung usw.), Krankenkassenpatienten oder Privatpatienten und dem Einzugsgebiet des Betriebs ab. Daneben spielt eine Rolle, wie hoch die Bekanntheit und Akzeptanz in der Zielgruppe ist. Unter Zielgruppe fallen sowohl die potentiellen Patienten oder die Bewohner eines Pflegeheims als auch diejenigen, die Einfluss auf eine entsprechende Entscheidung nehmen.

Als Wettbewerber sind alle Betriebe in Einzugsgebiet zu betrachten, die ein gleiches Pflege- oder Therapieangebot anbieten.

Die eigenen Stärken und Schwächen kann man mit Hilfe einer SWOT-Analyse darstellen. SWOT steht für:

S = Strengths, also Stärken;

W = Weaknesses, also Schwächen;

O = Opportunities, also Chancen;

T = Threats, also Risiken

Beispiel für eine SWOT-Analyse eines Pflegeheims:

Strengths (Stärken) Standort hohe Fachpersonalquote christliche Motivation der Mitarbeiter hohe Auslastung	Weaknesses (Schwächen) hohe Personalkosten hohe Instandhaltungskosten niedriger Bekanntheitsgrad
Opportunities (Chancen) Neubau Werbung Pressearbeit	Threats (Risiken) Fachpersonalmangel negative Veränderung des Pflegeschlüssels epidemische Erkrankungen (z.B. Norovirus)

Tabelle 5: SWOT-Analyse [Eigene Tabelle]

Die Analyse kann ergänzt werden durch eine Innen- und eine Außensicht. Eine Befragung der Mitarbeiter spiegelt die Innensicht wieder. Diese kann durchaus von der Sicht der Geschäftsleitung abweichen. Gleiches gilt für die Außensicht, hier können Patienten/Bewohner befragt werden.

Aus der Analyse des Marktes, der Wettbewerber und der Stärken und Schwächen lassen sich die Ziele ableiten, die der Gesundheitsbetrieb sich kurz und langfristig setzt. Dabei kann man nach strategischen und operativen Zielen unterscheiden.

Um die Ziele zu erreichen, müssen Marketingmaßnahmen ergriffen werden. Den Erfolg der Maßnahmen gilt es, in regelmäßigen Abständen zu kontrollieren.

4.6 Pflegecontrolling

„Das Pflegecontrolling hat im Wesentlichen die Aufgaben, dem Informationsbedürfnis der pflegerischen Leitungsebene nachzukommen und die Pflege im Gesundheitsbetrieb zu optimieren, um den steigenden Anforderungen an die Leistungsfähigkeit der Pflege und des Pflegemanagements gerecht zu werden. Im Vordergrund stehen dabei der zielgerichtete, bedarfsgerechte und flexible Einsatz personeller und materieller Pflegeressourcen im Gesundheitsbetrieb, durch die Bereitstellung relevanter Kennzahlen aus dem Pflegebereich“ [Frodl 2012, 82].

Das Klinikum Ingolstadt unterscheidet im Pflegecontrolling die Begriffe „Pflegecontrolling“ und „Controlling in der Pflege“ [vgl. Klinikum Ingolstadt 2013].

Im Pflegecontrolling geht es darum, Kennzahlen für die Pflege zu erheben und diese transparent und aussagekräftig zu machen. Es steht die Dienstleistungsqualität und Bewohnerzufriedenheit im Vordergrund. Kennzahlen hierfür kann man durch das In-

strument Pflegevisite bekommen oder teilweise auch durch Auswertung der Daten, die der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) erhebt.

Ein Ziel hierbei ist es, den Pflegeprozess zu optimieren. Man muss also alle Arbeitsschritte der Pflegekräfte analysieren, um herauszufinden, wie man Zeit und Ressourcen am besten einsetzen kann. Man kann dann jeder Pflegekraft einen strukturierten Aufgabenplan aushändigen. Dieser sollte in einer Fortbildung erklärt werden. Nach einiger Zeit muss nochmals überprüft werden, wie wirksam dieser Plan umgesetzt wurde und welche Ersparnis von Zeit und Ressourcen sich ergeben hat.

Das „Controlling in der Pflege“ erhebt hingegen Kennzahlen zu Personaleinsatz, Personal- und Sachmittelkosten und spezifischen Leistungsdaten.

Kennzahl hierbei könnte zum Beispiel die Personalausfallquote sein. Wenn diese Ausfallquote sich verschlechtern sollte, könnte man eine Mitarbeiterbefragung durchführen, um herauszufinden, welche Probleme am meisten zu Ausfällen führen und entsprechende Maßnahmen anbieten, die dem entgegenwirken.

Die Personalkosten sind der größte Ausgabenblock in der Pflege. Es sollte regelmäßig überprüft werden, ob die Mitarbeiterzahl auf den Stationen ausreicht bzw. zu hoch oder zu niedrig ist. Neben der Erfassung der tatsächlichen Pflegezeiten kann man sich dazu auch an den Pflegeschlüssel, aus dem Rahmenvertrag § 75 SGB VI halten.

Der Pflegeschlüssel sagt aus, für wie viele Bewohner man, in welchen Pflegestufen, wie viel Personal braucht. In Pflegestufe 0 ohne Pflege beträgt der Pflegeschlüssel 1 zu 9,64.

D.h. eine Vollzeitkraft ist für die Pflege von 9,64 Personen zuständig. Analog ist für die Pflegestufe 1 eine Vollzeitkraft für 3,96 bis 3,13 Personen zuständig.

Pflegeschlüssel vollstationäre Pflege/Korridore:

Pflegestufe 0/K	=	1 zu 9,64 (K = Keine Pflege)
Pflegestufe 0/G	=	1 zu 4,47 (G = Geringe Pflege; bis 20 Min./Tag)
Pflegestufe 1	= von	1 zu 3,96 bis 1 zu 3,13
Pflegestufe 2	= von	1 zu 2,83 bis 1 zu 2,23
Pflegestufe 3	= von	1 zu 2,08 bis 1 zu 1,65

[Wernerschell 2013]

Beispiel:

Eine Pflegestation hat zehn Bewohner. Drei Bewohner haben Pflegestufe 0/K. Fünf Bewohner haben Pflegestufe 1. Zwei Bewohner haben die Pflegestufe 3. Für die Be-

wohner von Pflegestufe 1 wird jeweils ein Mittelwert von 3,55 angenommen. Für die Bewohner der Stufe 3 nehmen wir den Mittelwert von 1,87 an. Der Wert der Pflegestufe 0/K ist fest vorgegeben mit 1 zu 9,64.

Man braucht für

Pflegestufe 0	$1 / 9,64 = 0,11 \text{ VZK pro Bewohner}$ $0,11 * 3 \text{ Bewohner} = 0,33 \text{ VZK}$
Pflegestufe 1	$1 / 3,55 = 0,28 \text{ VZK pro Bewohner}$ $0,28 * 5 \text{ Bewohner} = 1,4 \text{ VZK}$
Pflegestufe 3	$1 / 1,87 = 0,53 \text{ VZK pro Bewohner}$ $0,53 * 2 \text{ Bewohner} = 1,06 \text{ VZK}$

Wenn man diese Zahlen addiert, erhält man die notwendigen VZK für die Pflegestation.

In diesem Beispiel: 2,79 VZK.

Das Pflegecontrolling überprüft, ob der Pflegeschlüssel richtig angewendet wird. Idealerweise werden innerhalb der Bewertungskorridore eigene, realistische Werte ermittelt.

In Pflegeeinrichtungen arbeiten viele Teilzeit- oder geringfügig Beschäftigte. Diese lassen sich oft flexibler einplanen als Vollzeitbeschäftigte. Man kann damit z.B. besser auf das unterschiedliche Arbeitsvolumen zu verschiedenen Tageszeiten eingehen.

Die Pflegeheime werden regelmäßig vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherungen (MDK) besucht. Der MDK beschreibt seine Rolle im Gesundheitswesen wie folgt:

„Die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung und der sozialen Pflegeversicherung müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein. Mit dem medizinischen und pflegerischen Wissen des MDK stellen die Kranken- und Pflegekassen dies sicher“ [MDK 2013].

Der MDK ist unter anderem dafür zuständig, Pflegebedürftige in Pflegestufen einzugruppieren:

„Für die Gewährung von Leistungen nach diesem Gesetz sind pflegebedürftige Personen (§ 14) einer der folgenden drei Pflegestufen zuzuordnen:

1. Pflegebedürftige der Pflegestufe I (erheblich Pflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität für wenigstens zwei Verrichtungen aus einem oder mehreren Bereichen mindestens einmal täglich der Hilfe bedürfen

und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.

2. Pflegebedürftige der Pflegestufe II (Schwerpflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität mindestens dreimal täglich zu verschiedenen Tageszeiten der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.

3. Pflegebedürftige der Pflegestufe III (Schwerstpflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität täglich rund um die Uhr, auch nachts, der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen“ [Gesetze im Internet 2013a].

Der MDK hat seit der Einführung des Pflegeweiterentwicklungsgesetzes auch Qualitätsberichte über Pflegeeinrichtungen zu verfassen und dabei Schulnoten für die Pflegeheime zu vergeben.

Für diese Qualitätsberichte geht der MDK unangemeldet in stationäre und ambulante Pflegeeinrichtungen. Er prüft fünf Qualitätsbereiche und vergibt dabei Schulnoten, die öffentlich gemacht werden. Dies dient dazu, dass der Kunde die Pflegeeinrichtungen vergleichen kann, die dadurch miteinander im Wettbewerb stehen sollen.

Die Qualitätsbereiche werden unterteilt in direkte Pflege und medizinische Versorgung, Umgang mit Demenzerkrankten, Angebot der sozialen Betreuung, Hauswirtschaftliche Versorgung und Kundenberatung.

Beispiel für einen veröffentlichten Qualitätsbericht:



Abbildung 4: MDK Bericht [MDK Bericht 2013]

Die ersten vier Qualitätsbereiche bilden eine Gesamtnote. Die Kundenbefragung bildet eine eigene Note.

Es gibt viel Kritik an dem System der Qualitätsberichte. Die Durchschnittsnote der Pflegeheime in Baden-Württemberg beträgt 1,2. Das bedeutet, dass die deutlich überwiegende Anzahl der Pflegeeinrichtungen mit 1,0 bewertet wurde, sonst kommt dieser Durchschnitt nicht zustande. Das macht einen kritischen Vergleich, für Angehörige, die eine Pflegeeinrichtung suchen, fast unmöglich.

Außerdem können, da die vier Qualitätsbereiche gleich gewichtet sind, Missstände in der Pflege z.B. durch einen gut lesbaren Speiseplan ausgeglichen werden. Das Beispiel oben zeigt, dass die Gesamtnote 1,3 nicht durch die Pflegeleistung und medizinische Versorgung erreicht wurde, sondern durch dreimal Noten von 1,0 in den Bereichen: Umgang mit demenzkranken Bewohnern, soziale Betreuung und Alltagsgestaltung, Wohnen, Verpflegung, Hauswirtschaft und Hygiene.

Rieger, Betreiber und Leiter eines Pflegeheims in Augsburg, kritisiert:

„Grundsätzlich habe ich nichts gegen gute Noten, wenn die Noten das widerspiegeln, was wirklich ist. Im Pflege-TÜV ist das leider nicht so. Der TÜV ist Verbrauchertäuschung, weil ich mir durch schöne Schriftstücke und gute Dokumentation trotz schlechter Pflege eine gute Note erarbeiten kann. Wenn ich einen Speiseplan in Schriftgröße 14 in Augenhöhe ausgehängt habe, bekomme ich für das Essen eine 1,0. Es wird nicht geprüft, ob das Essen schmeckt. Wenn sich ein Bewohner wund gelegen hat, ist das ein Pflegefehler. Dokumentiere ich den entsprechend, schreibe also alles sauber nieder, bekomme ich sogar für einen Dekubitus eine 1,0. Das ist absurd“ [Frankfurter Rundschau 2013, 5].

Kritiker reklamieren also, dass durch diese Noten Missstände vertuscht und nicht beseitigt werden.

Trotz aller Kritik, ist es für das Pflegeheim jedoch wichtig, nicht durch eine schlechte Note negativ aufzufallen. Die Aufgabe des Controllings ist es, dabei sicher zu stellen, dass bei den unangemeldeten Besuchen des MDKs die Dokumentationen entsprechend korrekt vorliegen.

Die Pflegeheimleitung muss sich aber bewusst sein, dass mit einer guten Note noch keine gute Pflege gewährleistet ist. Den Noten fehlt es dazu an Aussagekraft.

Um die Daten trotzdem für das Controlling nutzen zu können, ist es wichtig, die MDK-Daten richtig zu interpretieren. Dabei muss man herausarbeiten, welche Informationen aus der Erhebung für das interne Controlling der Pflegeeinrichtung sinnvoll verwertbar sind.

Bei der späteren Betrachtung des Controllings in einem Pflegeheim, wird es dazu ein Beispiel geben.

5 Controlling in Kleinbetrieben

Das Controlling in Kleinbetrieben unterscheidet sich nicht grundsätzlich vom Controlling in großen Unternehmen. In Kleinbetrieben, wie z.B. Arztpraxen oder Pflegeeinrichtungen, gibt es jedoch meist keinen Controller, da die Organisation zu klein ist, um eine Controllerstelle zu rechtfertigen. Trotzdem müssen Controllingaufgaben wahrgenommen werden.

5.1 Anpassung des Controllings an die Betriebsgröße

Zunächst muss eine Auswahl getroffen werden, welche Controllingaufgaben in der spezifischen Konstellation des Unternehmens notwendig sind. Dann wird festgelegt, wer in der Organisation die Controllingaufgaben übernimmt.

Controlling bedeutet auch Steuerung des Unternehmens. Viele der Controllingaufgaben werden deshalb in kleinen Gesundheitsunternehmen auf der Leitungsebene angesiedelt. Bei der Zuordnung dieser Aufgaben ist zu berücksichtigen, wer im Unternehmen für den jeweiligen Bereich die Verantwortung trägt.

Auf die folgenden Controllingaufgaben sollte auch ein kleines Unternehmen nicht verzichten:

Controlling der gesetzten strategischen Ziele, Kostencontrolling, Finanzierungscontrolling, Investitionscontrolling, Personalcontrolling, Pflegecontrolling.

Controllingaufgaben sollten so standardisiert werden, damit sich mit der Zeit eine Routine einstellt. Dazu ist es wichtig, dass die Ziele quantitativ gesetzt werden, z.B. als Budget.

Die Übersicht über die Soll/Ist-Vergleiche kann man mit einem Ampelsystem verbinden. Grün bedeutet, dass das Ziel erreicht oder überschritten wurde. Gelb bedeutet, dass es Klärungsbedarf gibt. Rot bedeutet, dass das Ziel nicht erreicht wurde. So kann die Geschäftsleitung oder der für das Controlling Verantwortliche leicht gravierende Abweichungen erkennen und auf diese entsprechend reagieren.

5.2 Risikomanagement Kleinbetriebe

Wenn man Risiken managen möchte, muss man diese zunächst erkennen. Dies ist die Voraussetzung für das Risikomanagement. Risiken können durch konsequentes Controlling leichter erkannt werden. Hier spielt nicht nur das operative, sondern auch das strategische Controlling eine Rolle. Auch kleine Gesundheitsbetriebe sollten Informationen auswerten, die die strategische Entwicklung des Unternehmens beeinflussen.

Horváth betont dabei die Wichtigkeit der strategischen Informationsversorgung [vgl. Horváth 2011, 319]. Solche Informationen sind z.B. mögliche Gesetzesänderungen, größere Veränderungen im Umfeld, z.B. neue Wettbewerber, technische oder medizinische Fortschritte in der Behandlung oder Pflege.

Im operativen Bereich ist insbesondere die Sicherstellung der Liquidität ein wichtiges Thema, aber auch das Investitionscontrolling und regelmäßiges Kostencontrolling sind notwendig, um Risiken transparent zu machen.

5.3 Controlling und Unternehmensführung Kleinbetriebe

Gerade in Kleinbetrieben ist die Unternehmensführung eng mit dem Controlling verbunden. Oft werden die Aufgaben sogar vom Geschäftsführer selbst wahrgenommen. Dabei geht es nicht nur um operative Aufgaben, sondern auch um strategisches Controlling. Denn auch ein kleines Unternehmen sollte eine klare strategische Zielsetzung verfolgen. Das strategische Ziel eines Gesundheitsunternehmens kann als Vision formuliert sein, z.B.: Wir wollen das führende Pflegeheim im Einzugsbereich werden.

Aus der Vision leitet man konkrete strategische Ziele ab. Dazu muss das führende Pflegeheim definiert werden. Eine Möglichkeit wäre, ein Benchmarking aufzubauen und sich mit Pflegeheimen zu vergleichen, die als besonders Erfolgreich (Industrieführer) eingestuft werden.

Damit alle Mitarbeiter ihren Beitrag zur Erreichung der strategischen Ziele leisten können, kann die Vision mit einem Unternehmensleitbild ergänzt werden. Zu dem Unternehmensleitbild gehört auch eine Unternehmensmission. In der Unternehmensmission werden greifbare Ziele definiert, die helfen, dass die Vision verwirklicht werden kann. Zum Unternehmensleitbild gehören auch die Werte, an die sich jeder im Unternehmen halten soll.

Ein gut formuliertes Unternehmensleitbild bietet den Mitarbeitern eine Basis zur Identifikation mit dem Unternehmen. Die Mitarbeiter können sich auch darauf berufen, wenn es Streitfragen zu klären gilt. Daneben bietet das Unternehmensleitbild eine Möglichkeit, sich selbst darzustellen und sich von anderen Unternehmen zu differenzieren.

Im Bereich der operativen Unternehmensziele arbeitet man meistens mit Jahresplänen und einem Jahresbudget. Das Jahresbudget gliedert sich auf in Einzelbudgets für die verschiedenen Bereiche. Idealerweise entsteht das Jahresbudget als Summe der Pläne aller Bereiche. Das erfordert jedoch einen Abstimmungsprozess zwischen den Unternehmensabteilungen und der Geschäftsleitung. In kleinen Gesundheitsunternehmen wird man sich deshalb häufig an Vergangenheitswerten orientieren, die man als Maßstab für die Zukunft heranzieht. Daneben existiert meist ein Maßnahmenplan. Je ausführlicher die Planung ist, desto leichter lässt sich der Erfolg messen. Andererseits gilt es hier auch zu berücksichtigen, dass die Personalressourcen meist knapp sind und die Planungsaufgabe zusätzlich zu den laufenden Tätigkeiten erledigt werden muss. Es gilt also, die Balance zu finden zwischen effektiver Planung, d.h. die richtigen Pläne zu erstellen, der Effizienz der Arbeitsabläufe und der Arbeitsbelastung der Mitarbeiter.

5.4 Wettbewerbsanalyse Kleinbetriebe

Die Wettbewerbsanalyse ist ein Instrumentarium, mit dem man seine Position im Vergleich mit der Konkurrenz darstellen kann. Dazu muss man die Stärken und Schwächen der jeweiligen Wettbewerber analysieren und herausfinden, wie man sich gegen diese Wettbewerber am besten aufstellt.

Für die meisten kleinen Gesundheitsbetriebe ist es notwendig, zunächst ein Einzugsgebiet festzulegen. Bei bestehenden Betrieben ist eine Abgrenzung des Einzugsgebiets anhand von Erfahrungen der Vergangenheit möglich. Allerdings berücksichtigt diese Abgrenzung nicht die sich verändernden Umweltbedingungen. So kann eine neue Verkehrsführung oder ein neues Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ) zu Veränderungen des Einzugsgebiets führen. Deshalb ist es sinnvoll, zusätzlich das Einzugsgebiet nach weiteren Kriterien zu bestimmen. Ein geeignetes Kriterium ist die räumliche Distanz zum Unternehmen, die man z.B. auch als Fahrzeit definieren kann. Wenn man die Wohnorte der Patienten (Kunden) auf einer Karte einträgt, erhält man ein Bild der Ist-Situation. Davon kann man das Einzugsgebiet ebenfalls ableiten. Mit diesen Daten grenzt man den Teilmarkt ab, der für das Unternehmen relevant ist.

Im Einzugsgebiet werden die Überschneidungen mit Gesundheitsbetrieben dargestellt, die man als Wettbewerber identifiziert hat. Daraus ergibt sich ein erster Hinweis darauf, wie eng die Konkurrenzbeziehung zu den jeweiligen Gesundheitsunternehmen ist.

6 Betrachtung des Controllings zweier Kleinbetriebe

In der folgenden Betrachtung von zwei Kleinbetrieben wurden ein Pflegeheim und eine Arztpraxis als Referenzbetriebe gewählt. Es soll praxisnah gezeigt werden, wie das Controlling in die Organisation und die Geschäftsabläufe integriert werden kann. Dafür werden die Controllingschwerpunkte, die passenden Controllinginstrumente und Kennzahlen behandelt. Da die Controllingschwerpunkte, mit Ausnahme des Pflegecontrollings, für beide Betriebstypen vergleichbar sind, werden sie jeweils nur einmal exemplarisch dargestellt.

6.1 Pflegeheim

Das stationäre Pflegeheim, das als Referenzbetrieb betrachtet wird, liegt in städtischer Randlage in Baden-Württemberg zwischen zwei Städten mit jeweils ca. 30.000 Einwohnern. Im Einzugsbereich gibt es 14 stationäre Pflegeeinrichtungen. Die Gesamtkapazität des Referenzbetriebs beträgt 50 Bewohner. Die Tagessätze für die Pflege sind im Vergleich mit dem durchschnittlichen Pflegesatz in Baden-Württemberg dargestellt:

Tagessatz	Ø Baden-Württemberg (€)	Referenzbetrieb (€)	Abweichung %
Pflegestufe 1	88	80,11	- 9,0
Pflegestufe 2	92	96,11	+ 4,5
Pflegestufe 3	120	115,61	- 3,7

Tabelle 6: Tagessatz [vgl. statistisches Landesamt Baden-Württemberg 2013; vgl. Christlicher Hilfsdienst 2013]

Im Vergleich mit dem durchschnittlichen Tagessatz stationärer Pflegeheime in Baden-Württemberg liegt der Tagessatz in Pflegestufe 1 um 9,0 % unter dem Durchschnitt, in Pflegestufe 2 um 4,5 % über dem Durchschnitt und in Pflegestufe 3 um 3,7 % unter dem Durchschnitt. Der Tagessatz setzt sich aus dem Pflegesatz, dem Investitionssatz, dem Satz für Unterkunft und Verpflegung und der Ausbildungsumlage zusammen. Die Ausbildungsumlage von 1,0 € wurde nicht berücksichtigt, um einen Vergleich mit den veröffentlichten Durchschnittswerten in Baden-Württemberg zu ermöglichen.

Budgetiert sind 45 Bewohner (90 % der Gesamtkapazität) im Referenzbetrieb. 13 Bewohner des Pflegeheims in Pflegestufe 1, 16 Bewohner in Pflegestufe 2 und 16 Bewohner in Pflegestufe 3. Der Referenzbetrieb hat keine Bewohner der Pflegestufe 0 budgetiert.

Die Organisation des Pflegeheims wird im folgenden Organigramm dargestellt:

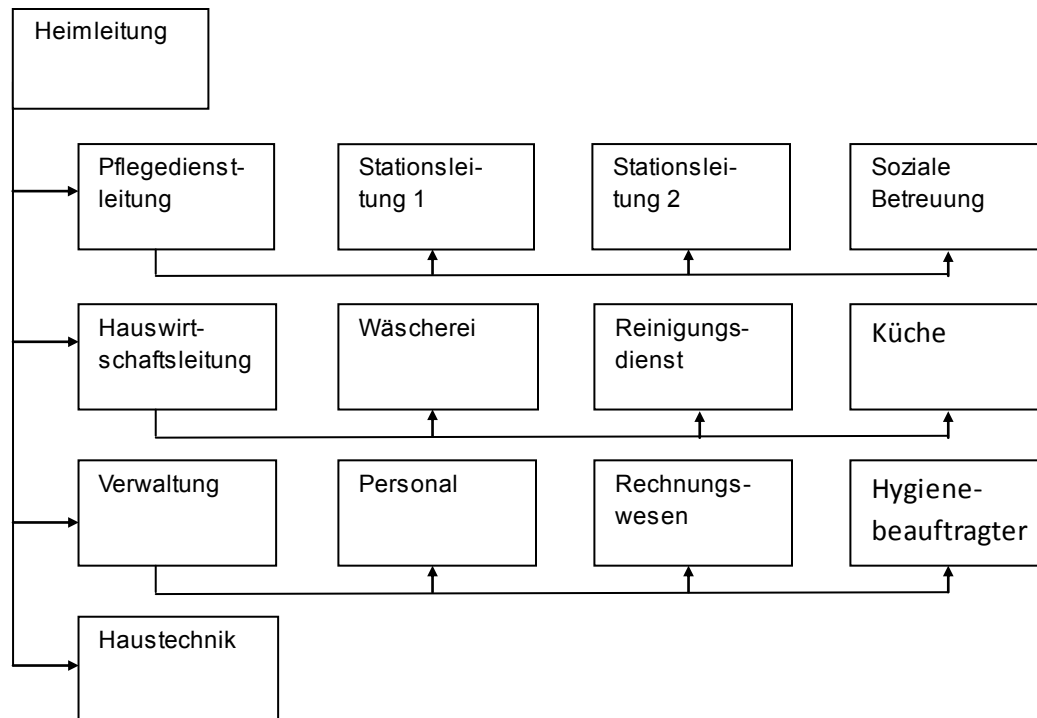


Abbildung 5: Organigramm [eigene Abbildung]

An den Heimleiter berichten die Pflegedienstleitung, Hauswirtschaftsleitung und die Haustechnik. Die Leitung der Verwaltung und die Personalleitung übernimmt der Heimleiter in Personalunion. Die Leitung des Pflegedienstes trägt die Verantwortung für die Qualität der Pflege, wozu auch die soziale Betreuung der Bewohner gehört. Die Station 1 hat 22 Bewohner, die Station 2 hat 23 Bewohner. Die Hauswirtschaftsleitung ist verantwortlich für die Wäscherei mit fünf Mitarbeitern, den Reinigungsdienst mit vier Mitarbeitern und die Küche mit neun Mitarbeitern. Das Pflegecontrolling wird von der Pflegedienstleitung übernommen. Die anderen Controllingaufgaben übernehmen die Heimleitung und eine Sachbearbeiterin im Rechnungswesen.

Der Träger des Referenzbetriebs ist ein eingetragener Verein. Das Pflege- und Betreuungskonzept orientiert sich an christlichen Werten, ist jedoch überkonfessionell. Die wirtschaftlichen Ziele sind auf Kostendeckung und nicht auf Gewinnmaximierung ausgerichtet. Dabei ist jedoch zu beachten, dass der Träger wenig Spielraum hat, etwaige Verluste aufzufangen.

Durch die Pflegesatzverhandlungen sind die Einnahmen weitestgehend festgeschrieben. Entscheidend für die Wirtschaftlichkeit sind deshalb die Auslastung und die Kosten des Betriebs. Der größte Kostenfaktor sind die Personalkosten. Für die Effektivität der Arbeit des Referenzbetriebs spielt dagegen die Qualität der Pflege die größte Rol-

le. Darin besteht ein Zielkonflikt, da gute Pflege personalintensiv ist und entsprechende Kosten verursacht. Das Controlling im Pflegeheim sollte deshalb so angelegt sein, dass es sowohl die Kosten als auch die Qualität der Pflege transparent macht.

6.1.1 Pflegecontrolling

Informationsbeschaffung

Die ausgeführte Pflege wird von der Pflegekraft in der persönlichen Pflegedokumentation des Bewohners täglich festgehalten. In der Pflegedokumentation werden auch auftretende gesundheitliche Probleme erfasst. Die Dokumentation erfolgt im Referenzbetrieb über eine EDV-Software.

Um den Gesundheitsstatus im Zeitablauf interpretieren zu können, ist es notwendig, schon bei der Aufnahme ins Pflegeheim die Pflegeanamnese und den Pflegeplan in der Pflegedokumentation ausführlich zu protokollieren.

Für das Pflegecontrolling erscheint es wichtig, auch den Prozess des MDK bei der jährlichen Überprüfung des Pflegeheims im Auge zu behalten. Auch wenn die vergebenen MDK-Noten nicht immer die tatsächliche Pflegesituation widerspiegeln, ist das Vorgehen bei der MDK-Prüfung doch medizinisch gut begründet. Die MDK-Prüfung sollte deshalb auch berücksichtigt werden. Zur Veranschaulichung folgt im Anschluss eine Beschreibung einer Pflegevisite des MDK:

„Zufallsauswahl von Bewohner I und Bewohner II aus der Bewohnerübersicht. Jeweils Einholung des Einverständnisses, bei Einverständnis des Betreuers und des Bewohners Erhebung des Allgemeinzustandes, Beurteilung der Kommunikationsfähigkeit, Inaugenscheinnahme der Beweglichkeit und des Hautzustandes, sowie des Ernährungszustandes. Überprüfung der Versorgung mit Inkontinenzhilfsmitteln, Befragung des Bewohners zur Versorgungssituation und Zufriedenheit. Im Anschluss Durchsicht der Pflegedokumentation mit Schwerpunkten: Flüssigkeits- und Ernährungssituation, Mobilität, Schmerzmanagement, soziale Betreuung und Aufzeigen von Verbesserungspotenzialen/Impulsberatung“ [MDK 2013a].

Informationsaufbereitung

Damit die Pflegedienstleitung den Überblick behält, bei wem sich der Gesundheitszustand verschlechtert, sollten Controllingmaßnahmen entsprechend konzipiert werden. Dadurch besteht die Möglichkeit, kurzfristig steuernd einzugreifen, sobald es Anzei-

chen gibt, dass die Verschlechterung des Zustandes auf Pflegemängel zurückzuführen sein könnte.

Zeichen von Pflegemängeln können z.B. die Verschlechterung des Hautzustandes oder der Beweglichkeit, auffällige Veränderungen des Gewichts, Veränderungen der Flüssigkeitsaufnahme, Dekubitus (Wundliegeneschwür) und Infektionen sein [vgl. Wernerschell 2013a].

6.1.2 Personalcontrolling

Informationsbeschaffung

Ermittlung des Personalbedarfs anhand des Pflegeschlüssels:

	Anzahl Bewohner	Verhandelter Pfe- geschlüssel	Anzahl VZK	Einschließlich Fehlzeitenabzug 10%
Pflegestufe 1	13	1 : 3,2	4,06	3,65
Pflegestufe 2	16	1 : 2,4	6,67	6,00
Pflegestufe 3	16	1 : 1,8	8,89	8,00
Gesamt	45		19,62	17,65

Tabelle 7: Ermittlung Personalbedarf [eigene Tabelle]

Aus dem Pflegeschlüssel ergibt sich ein Bruttopersonalbedarf von 19,62 VZK für die Pflege. Vom Bruttopersonalbedarf muss für die Personaleinsatzplanung die Fehlzeitenquote von zehn Prozent für Urlaub, Krankheit etc. abgezogen werden. Die Fachkraftquote muss mindestens 50 % betragen [Gesetze im Internet 1998b].

Es werden zehn VZK als Pflegefachkräfte benötigt.

Zunächst wird aus dem Bruttopersonalbedarf der Nettopersonalbedarf ermittelt.

Die VZK des Referenzbetriebs arbeiten an 5,5 Tagen 39 Stunden pro Woche. Da die Pflege über sieben Tage pro Woche geht, muss die Anzahl der an einem Tag tatsächlich vorhandenen VZK entsprechend umgerechnet werden.

$$\begin{aligned}
 17,65 \text{ VZK} \cdot 39 \text{ Wochenstunden} &= 688,35 \text{ Wochenstunden} \\
 688,35 / 7 \text{ Tage} &= 98,34 \text{ Arbeitsstunden pro Tag} \\
 98,34 \text{ Stunden pro Tag} / 7 \text{ Stunden pro Tag} &= 14,05 \text{ VZK pro Tag}
 \end{aligned}$$

14,05 VZK können als Basisplanung über den Tag verteilt werden. Die Basisplanung muss regelmäßig angepasst werden, um Urlaub, Krankheit oder Schulungen zu berücksichtigen.

Wolke hat die Pflegeleistung über 24 Stunden erhoben [vgl. Wolke 2001, 285]. Auch wenn die Pflegeleistung im untersuchten Referenzbetrieb nicht völlig übereinstimmt mit dem von Wolke untersuchten Pflegeheim, kann man davon ausgehen, dass die Schwerpunkte der pflegerischen Arbeitsbelastung vergleichbar sind. Aus dem Profil der Arbeitsbelastung lässt sich ein Profil des Personalbedarfs im Tageszeitablauf ermitteln. An Wolkes Darstellung „Gesamtleistung Pflege in Minuten“ wird deutlich, dass die Anzahl der Pflegekräfte nicht gleichmäßig über den Tag verteilt werden kann. Der Personalplan muss entsprechend angepasst werden.

Die folgenden Darstellungen beziehen sich auf die von Wolke erhobenen Daten:

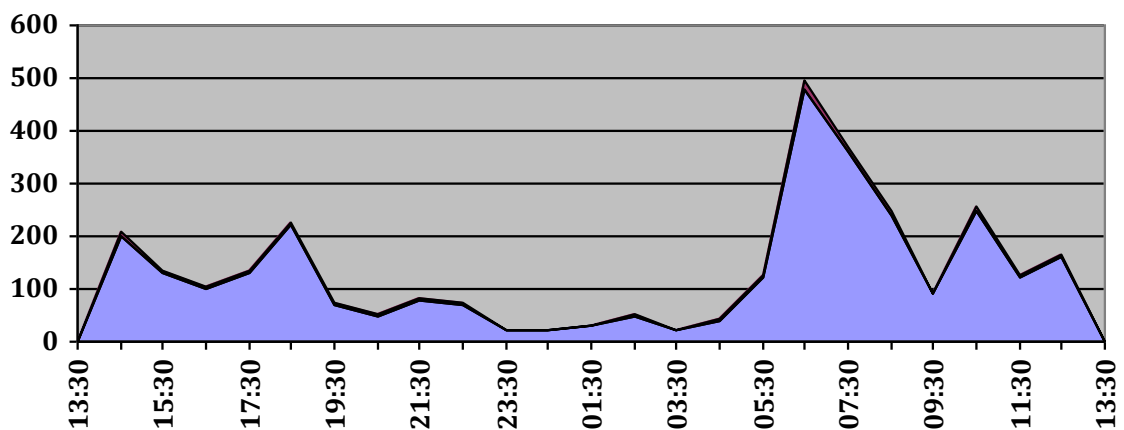


Abbildung 6: Gesamtleistung der Pflege in Minuten nach Tageszeit [vgl. Wolke 2001, 285]

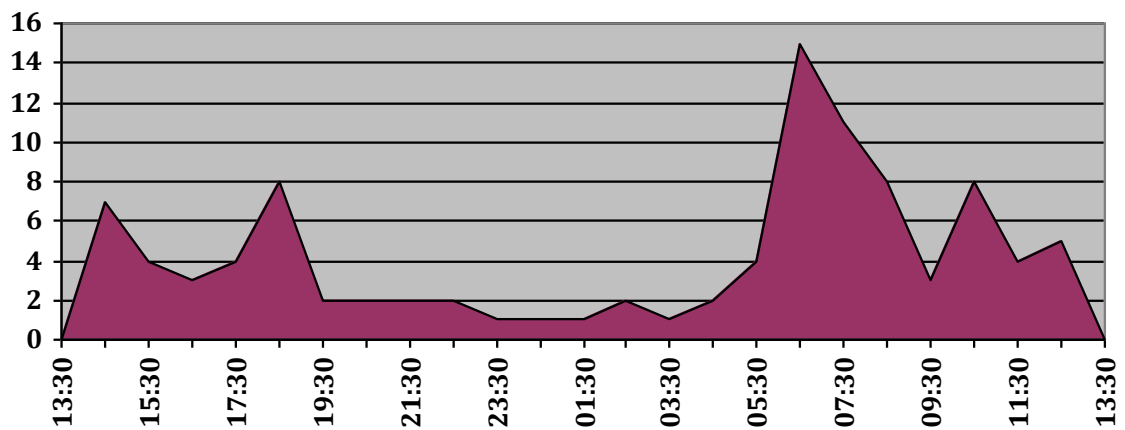


Abbildung 7: Pflegezeit in % an Gesamtzeit nach Tageszeit [eigene Abbildung]

Um die von Wolke erhobenen Daten zu verarbeiten, wurden die Pflegeminuten in Prozentanteile der Gesamtminuten umgerechnet. Auf dieser Basis lässt sich der Personalbedarf für den Referenzbetrieb ermitteln. Allerdings bleiben die großen Ausschläge bestehen. Im nächsten Schritt sollen diese Ausschläge geglättet werden.

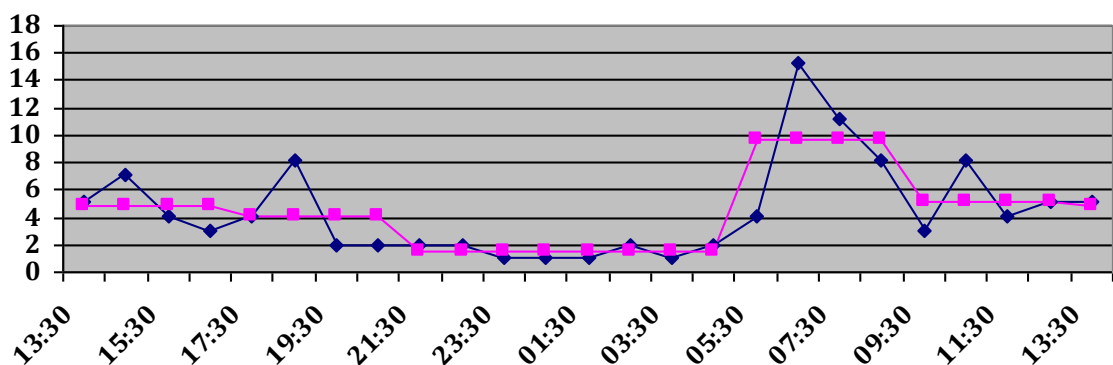


Abbildung 8: Anzahl benötigte VZK nach Tageszeit [eigene Abbildung]

Zur Annäherung an den realistischen Personalbedarf wurden die Daten durch die Bildung von Vierstundenblöcken (rosa Kurve) geglättet. Sie zeigen weniger extreme Ausschläge und lassen sich besser in eine Personalplanung integrieren. Es wird davon ausgegangen, dass sich die Pflege innerhalb der vier Stunden so abarbeiten lässt, dass kein Engpass entsteht.

Da die Maximalanzahl der Pflegekräfte durch den Pflegeschlüssel limitiert ist, geht es bei der Planung des Personaleinsatzes um die Optimierung der Einsatzzeiten des vorhandenen Personals nach dem Maximalprinzip.

Informationsaufbereitung

Ein Personaleinsatzplan auf der oben beschriebenen Basis, könnte wie folgt aussehen:

14,05 VZK netto können eingesetzt werden. Sie werden insgesamt in fünf Schichten eingeteilt:

Personalplan	Anwesenheitszeit	Arbeitszeit Stunden	Pause	MA	VZK
Frühschicht 1	05:30 Uhr bis 13:00 Uhr	7	30 min	5	5
Frühschicht 2	06:30 Uhr bis 09:30 Uhr	3	-	5	2,14
Spätschicht 1	12:30 Uhr bis 20:00 Uhr	7	30 min	4	4
Spätschicht 2	13:30 Uhr bis 16:30 Uhr	3	-	1	0,42
Nachtschicht	19:30 Uhr bis 06:30 Uhr	10	120 min	2	2,86
Gesamt				17	14,42

Tabelle 8: Personalplan [eigene Tabelle]

Der Personalplan bildet die Vierstundenblöcke ab. Nach dieser Vorgabe wurden die verschiedenen Pflegeschichten gebildet und zugeteilt. Die Abweichung von 0,37 VZK kann toleriert werden, da der Fehlzeiten-Puffer einen kleinen Spielraum erlaubt.

Zeit- und Personalbedarf

Die von Wolke dargestellte chronologische Gesamtleistung muss im Referenzbetrieb ermittelt werden. Verantwortlich ist die Pflegedienstleitung. Der geschätzte Zeitbedarf für die Ermittlung liegt bei 16 Stunden. Die Gesamtleistung der Pflege, über den Tag verteilt, muss nur bei gravierenden Änderungen in der Pflege erneut ermittelt werden. Zusätzliches Personal ist nicht erforderlich.

6.1.3 Einnahmen- und Kostencontrolling

Für das Einnahmen- und Kostencontrolling ist es sinnvoll, ein Jahresbudget zu erstellen. Basis für die Einnahmen im Pflegeheim sind die Tagessätze in den Pflegestufen. Die Ausgaben orientieren sich an den vom Referenzbetrieb veröffentlichten Kostensätzen für Pflege, Ausbildung, Unterkunft, Verpflegung und Investitionen.

Pflegestufe	1	2	3
Pflegesatz pro Tag	50,45 €	66,45 €	85,95 €
Ausbildungsumlage	1,00 €	1,00 €	1,00 €
Unterkunft und Verpflegung	21,90 €	21,90 €	21,90 €
Investitionskosten	7,76 €	7,76 €	7,76 €
Tagessatz	81,11 €	97,11 €	116,61 €

Tabelle 9: Tagessatz [christlicher Hilfsdienst 2013]

Budget 2013 Einnahmenrechnung:

	Ø Anzahl Bewohner	Ø Pflage tage p.a.	Tagessatz €	Einnahmen €
Pflegestufe 1	13	350	81,11	369.050,50
Pflegestufe 2	16	340	97,11	528.278,40
Pflegestufe 3	16	320	116,61	597.043,20
Gesamt				1.494.372,10

Tabelle 10: Einnahmenrechnung [eigene Tabelle]

Aus den geplanten Jahreseinnahmen wird ein Monatsbudget aufgestellt. Dabei werden die durchschnittlichen Tageseinnahmen von 4.094 € mit den jeweiligen Tagen pro Monat multipliziert. Die Steuerungsgrößen für die Erreichung des Budgets sind dabei die Auslastung in den Pflegestufen und die Anzahl der Pflage tage. Diese müssen vom Controlling verfolgt werden.

Monat	Jan.	Feb.	März	April	Mai	Juni
Tage	31	28	31	30	31	30
Budget T €	126,90	114,60	126,90	122,80	126,90	122,80
Ist T €	117,00	*				
Abweichung	-9,90	*				

Tabelle 11: Budget Einnahmen erstes Halbjahr 2013, Stand erster Februar [eigene Tabelle]

* Ist-Daten liegen nur für Januar vor.

Monat	Juli	Aug.	Sept.	Okt.	Nov.	Dez.
Tage	31	31	30	31	30	31
Budget T €	126,90	126,90	122,80	126,90	122,80	126,90
Ist T €						
Abweichung						

Tabelle 12: Budget Einnahmen zweites Halbjahr 2013, Stand erster Februar [eigene Tabelle]

Beispiel einer Plan/Ist- Analyse für das Budget Januar:

Bei Abweichungen der Ist-Einnahmen zu den Plan-Einnahmen, gilt es zu ermitteln, ob die Abweichung aus der Anzahl der Pflegetage oder der Anzahl der Bewohner in den jeweiligen Pflegestufen resultiert.

Abweichungs- analyse Januar	Tage	Bewohner	Pflegesatz	Plan/Ist Ein- kommen €	Abwei- chung €
Plan Pflegestufe 1	29,73	13	81,11	31.348	
Ist Pflegestufe 1	25,00	13	81,11	26.360	4.987
Plan Pflegestufe 2	28,88	16	97,11	44.873	
Ist Pflegestufe 2	30,00	15	97,11	43.700	1.173
Plan Pflegestufe 3	27,18	16	116,61	50.711	
Ist Pflegestufe 3	31,00	13	116,61	46.994	3.717

Tabelle 13: Budgetanalyse [eigene Tabelle]

Die Abweichung des Einkommens im Januar resultiert aus fehlenden Bewohnern in Pflegestufe 2 und Pflegestufe 3. Gegenüber dem Plan fehlen in Pflegestufe 2 ein Bewohner und in Pflegestufe 3 fehlen drei Bewohner. Insgesamt ist das Pflegeheim damit nur zu 82 % ausgelastet. Um die budgetierte Auslastung von 90 % (45 Bewohner) zu erreichen, müssen 4 Bewohner aufgenommen werden. Um das Pflegeheim zu 100 % (50 Bewohner) auszulasten, könnten neun Bewohner aufgenommen werden. Ein weiteres Problem gegenüber dem Plan stellen die deutlich niedrigeren Pflegetage in Pflegestufe 1 dar. Dabei muss berücksichtigt werden, dass fünf Bewohner Weihnachten und Neujahr bei ihren Familien verbracht haben und teilweise erst Mitte Januar in das Pflegeheim zurückkehrten. Daraus resultierten im Januar über 60 fehlende Pflegetage.

Ausgabenbudget

Da es keine Gewinnerzielungsabsicht gibt, orientiert sich das Budget für die Ausgaben an den Einnahmen. Das Ausgabenbudget soll nur 95 % von den budgetierten Gesamteinnahmen betragen, damit ein Sicherheitspuffer von 5 % bleibt. Jahreskostenbudget: $1.494.372 \text{ €} \cdot 0,95 = 1.419.654 \text{ €}$.

Das Jahresbudget wird in Kostenstellen und Kostenarten geplant.

Die Pflegebuchführungsverordnung schreibt dabei den Kontenrahmen und die Kostenstellen vor. Um die Verantwortung zu delegieren, werden die Kostenstellen einem/r Kostenstellenleiter/in zugeordnet.

Heimleitung, Verwaltung und Haustechnik	Pflegedienstleitung	Hauswirtschaftsleitung
900 Gebäude einschließlich Grundstücke	904 Ausbildung, Fortbildung	910 Wäscherei
901 Außenanlagen	950 Pflegebereich - Pflegeklasse I	911 Küche
902 Leitung und Verwaltung der Pflegeeinrichtung	951 Pflegebereich - Pflegeklasse II	914 Zentraler Reinigungsdienst
915 Energieversorgung (Wasser, Energie, Brennstoffe)	952 Pflegebereich - Pflegeklasse III	916 Sonstige
906 Sonstige		

Tabelle 14: Kontenrahmen/Kostenstellen [eigene Tabelle]

Die Kostenarten werden in den Kostenstellen budgetiert. Mit einer Soll/Ist-Analyse werden die aktuellen Kosten mit den Plankosten verglichen und Abweichungen kommentiert.

Beispiel:

Das Budget Januar für die Hauswirtschaft beträgt 29.023 €. Davon entfallen auf die Küche 17.986 €, auf die Wäscherei 6.000 € und auf den zentralen Reinigungsdienst 5.000 €.

Kostenstelle 911 Küche Januar 2013

Kostenarten	Budget €	IST €	Abweichung €
60 Löhne und Gehälter	8.800	8.800	0
61 Gesetzliche Sozialabgaben	1.936	1.936	0
65 Lebensmittel	7.000	6.000	1000
680 Materialaufwendungen	200	180	20
683 Telefon	50	50	0

Tabelle 15: Budgetanalyse Kostenstelle Küche [eigene Tabelle]

Da die Zahl der Pflégetage um 60 Tage von der Budgetplanung abweicht, wurde im Januar bei Lebensmitteln und Materialaufwendungen eine Einsparung von 1.020 € erreicht.

Zeit- und Personalbedarf

Verantwortlich für die Planung und Kontrolle der Kostenstellen sind die Kostenstellenleiter. Der monatliche Zeitaufwand beträgt geschätzt ein bis zwei Stunden. Die Erstellung des Budgets erfolgt einmal jährlich und orientiert sich am Vorjahr. Verantwortlich ist der Kostenstelleninhaber, die Genehmigung erteilt die Heimleitung. Der Budgetprozess erfordert pro Jahr geschätzt zwölf Stunden Vorbereitungs- und Abstimmungszeit.

6.2 Arztpraxis

Der Referenzbetrieb ist eine Arztpraxis für Allgemeinmedizin. Die Praxis liegt als einzige Praxis für Allgemeinmedizin in einem eigenständigen Stadtteil einer Kreisstadt. Die Stadt hat ca. 30.000 Einwohner. In der Kreisstadt praktizieren insgesamt 13 Allgemeinmediziner/innen. Durchschnittlich kommen also auf jede/n Allgemeinmediziner/innen ca. 2.300 Einwohner. Der Stadtteil, in dem die Arztpraxis liegt, hat ca. 2.500 Einwohner und bietet damit ein leicht überdurchschnittliches Patientenpotenzial. In der Praxis arbeiten ein Arzt und drei medizinische Fachangestellte mit je 0,75 VZK. Der Arzt hat die Praxis erst kürzlich von seinem Vorgänger gegen Zahlung von 80.000 € übernommen. Ein Praxis-Verwaltungs-System (PVS) ist vorhanden. Der Jahresumsatz der Praxis lag beim Vorgänger bei ca. 200.000 €. 90 % der Patienten sind über gesetzliche Krankensicherungen versichert und 10 % über private. Der Umsatzanteil der Privatversicherten beträgt 25 %. Zur Finanzierung des Kaufpreises der Praxis und einer neuen Einrichtung wurde ein Annuitätendarlehen von 100.000 € zu 5 % Zinsen mit einer Lauf-

zeit von 10 Jahren aufgenommen. Die Annuität beträgt 12.950 € pro Jahr. Die Praxis ist 125 m² groß. Die Miete beträgt 900 € und die Nebenkostenpauschale 250 € pro Monat. Das Gehalt der Angestellten beträgt je 1.500 €. Dazu kommt noch der Arbeitgeberanteil für die Sozialabgaben von je 332,63 € [vgl. Lohnabrechnungen 2013]. Als Privatentnahme werden monatlich 5.000 € angesetzt.

Strategisches Ziel des Arztes ist es, seine Existenz mit der Praxis langfristig zu sichern.

6.2.1 Finanzierungscontrolling

Finanzplanung

Auf der Basis der oben genannten Fakten werden ein Jahresfinanzplan und ein Monatsfinanzplan erstellt:

	Jahresfinanzplan	Monatsfinanzplan Januar
Anfangsbestand	10.000	10.000
Einzahlungen		
Umsatzerlöse	200.000	14.200
Zinsen	100	8
Summe Einzahlungen	200.100	14.208
Auszahlungen		
Personal	65.975	5.498
Material	2.400	200
Energie	2.400	200
Reparaturen/ Instandhaltung	1.050	0
Versicherungen	300	25
Steuern/Abgaben	35.000	2.917
Sonstiges	1.000	0
Sachinvestitionen	2.000	167
Miete und Nebenkosten	13.800	1.150
Zinsen	5.000	417
Tilgung	7.950	662
Entnahmen/Ausschüttung	60.000	5.000
Summe Auszahlungen	161.875	16.236
Über-/Unterdeckung	3.225	- 2.028
Endbestand	13.225	7.962

Tabelle 16: Jahresfinanzplan/Monatsfinanzplan [eigene Tabelle]

Die Jahresplanung schließt mit einer Überdeckung von 3.225 € ab. Der Plan ist also ausgeglichen. Im Januar wird der Abschlag der gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) (Annahme 80 % vom monatlichen Durchschnittsumsatz) und die Abrechnungen der privaten Krankenversicherungen (PKV) als Einnahmen verbucht. Die PKV-Einnahmen sind mit 25 % der Gesamteinnahmen geplant. Die Steuern werden quartalsweise erhoben, müssen aber monatlich zurückgestellt werden. Die Unterdeckung im Januar kann durch den Anfangsbestand aufgefangen werden. Die Finanzsituation des Referenzbetriebs ist jedoch angespannt.

Zeit- und Personalbedarf

Aus dem Jahresfinanzplan wird für jeden Monat ein Monatsfinanzplan erstellt. Um einen Jahresfinanzplan zu erstellen, werden ca. drei Stunden benötigt. Für den Monatsfinanzplan wird pro Monat ca. eine Stunde Arbeitszeit benötigt. Beides wird von dem Arzt erstellt. Während des Monats sollte durch den Arzt regelmäßig der Kontostand überprüft werden, um geplante Geldeingänge und Zahlungen gegen die Monatsplanung abzugleichen. Bei häufigen Zahlungseingängen und Zahlungsausgängen empfiehlt sich die Erstellung von Wochenfinanzplänen.

6.2.2 Investitionscontrolling

Es soll ein neues Ultraschallgerät im Wert von 10.000€ angeschafft werden. Die GKV zahlt für eine Ultraschall-Untersuchung des Bauchs (vier Organe) 25,64 € [Kassenarzt 2013]. Bei 10 % der Patienten kann über die PKV abgerechnet werden. In diesem Fall kann der durchschnittliche Steigerungsfaktor von 2,3 abgerechnet werden, also 58,97 €. An variablen Kosten fallen ca. 20 Cent pro Untersuchung für das Ultraschallgel und Papierhandtücher an. Reparaturrückstellungen betragen 300 € p. a., Wartungskosten werden mit 1000 € p. a. angesetzt. Es wird von 220 Arbeitstagen im Jahr ausgegangen. Durchschnittlich erfolgt an jedem Arbeitstag eine Ultraschalluntersuchung. Die Wartungskosten und Reparaturrückstellungen werden auf die durchschnittlichen Arbeitstage umgelegt. Reparaturrückstellung $300\text{€} / 220 \text{ Arbeitstage} = 1,36 \text{ €}$ pro Tag. Wartungskosten $1000 \text{ €} / 220 \text{ Arbeitstage} = 4,55 \text{ €}$ pro Arbeitstag. Um die Investition zu bewerten, wird der Break-Even-Point errechnet. Pro Untersuchung fallen an: 0,20 € für das Gel, 1,36 € für Reparaturrückstellungen und 4,55 € für Wartung.

Durchschnittserlös: $(25,64 \text{ €} * 0,9) + (58,97 \text{ €} * 0,1) = 28,98 \text{ €}$

$10.000 \text{ €} / (28,98 \text{ €} - 0,2 \text{ €} - 1,36 \text{ €} - 4,55 \text{ €}) = 437,25 \text{ Untersuchungen}$

Ab der 438. Untersuchung wird das Ultraschallgerät einen Gewinn erwirtschaften. Bei 220 Arbeitstagen p.a. und täglich einer Untersuchung liegt der Break-Even-Point Ende

des zweiten Jahres. Da von einer Nutzungsdauer von ca. sechs bis zehn Jahren ausgegangen werden kann, erscheint die Investition sinnvoll. Die Investition sollte getätigt werden, sobald das dafür notwendige Kapital zur Verfügung steht.

Zeit- und Personalaufwand

Die Break-Even-Analyse dauert ca. 30 Minuten und wird vom Arzt durchgeführt.

7 Erfolgsfaktoren, Handlungsempfehlungen und Zukunftsperspektiven

7.1 Erfolgsfaktoren und Handlungsempfehlungen

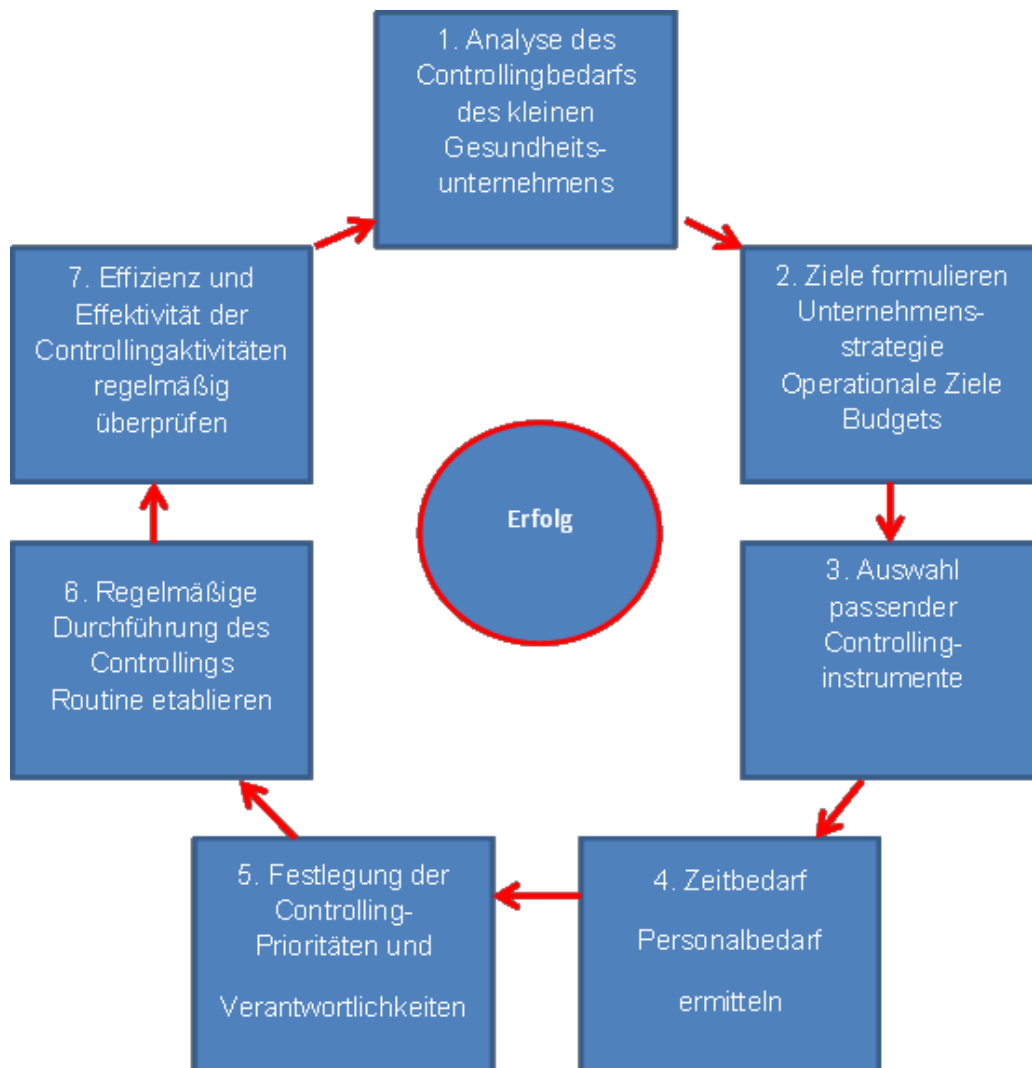


Abbildung 9: Erfolgsfaktoren für das Controlling in kleinen Gesundheitsunternehmen

Das Controlling kann m.E. auch in kleinen Gesundheitsbetrieben ein wesentlicher Erfolgsfaktor sein. Gerade kleine Gesundheitsunternehmen unterliegen der Gefahr, in der Hektik des Tagesgeschäfts den Überblick über wichtige Daten und Fakten zu verlieren. Mit konsequentem Controlling kann das Risiko von Fehlentwicklungen im Unterneh-

men begrenzt werden. Richtig eingesetzt, versorgt das Controlling die Unternehmensführung rechtzeitig mit wichtigen Informationen für die Steuerung und Koordination des Unternehmens. Auch wenn die Betriebsgröße keinen eigenen Controller rechtfertigt, ist die Durchführung von Controllingmaßnahmen sinnvoll, da sie die Informationsversorgung der Unternehmensführung erleichtern und verbessern können. Sie können so zum Unternehmenserfolg und zur Unternehmenssicherung beitragen.

Der Zeit- und Personaleinsatz zur Durchführung des Controllings ist auch für kleine Gesundheitsbetriebe angemessen. Wenn das Controlling standardisiert wird, kann die Bearbeitung zur Routine werden. Es muss aber regelmäßig geprüft werden, ob die Aussagekraft der ermittelten Daten für den Betrieb noch relevant ist. Es sollten nur solche Controllingmaßnahmen durchgeführt werden, die vom Aufwand vertretbar und vom Informationsnutzen wertvoll sind.

7.1.1 Konkrete Handlungsempfehlung Pflegeheim

Für den Referenzbetrieb Pflegeheim sind m.E. folgende Controllingmaßnahmen in der Reihenfolge ihrer Bedeutung für das Unternehmen zu empfehlen: Pflegecontrolling, Personalcontrolling, Kostencontrolling, Finanzierungscontrolling, strategisches Controlling, Investitionscontrolling, Marketingcontrolling.

Empfohlene Maßnahmen für das Personalcontrolling: Um das Personal rechtzeitig zu den Feiertagen zur Jahreswende anzupassen, sollten die Angehörigen der Bewohner rechtzeitig befragt werden, welche Bewohner planen, über die Feiertage nicht im Pflegeheim zu bleiben. Mit der Urlaubsplanung könnte dann auf die niedrigere Anwesenheitszeit reagiert werden.

Wenn die Auslastung des Pflegeheims zu gering ist, können umliegende Krankenhäuser angesprochen werden, um herauszufinden, ob Pflegefälle übernommen werden können. Darüber hinaus könnte ein Tag der offenen Tür geplant werden, um Angehörige und Interessenten auf das Pflegeheim aufmerksam zu machen.

Um rechtzeitig auf Pflegemängel aufmerksam zu werden, empfiehlt sich der Einsatz eines Frühwarnsystems. Dafür muss die EDV-Software angepasst werden. Der Autor schlägt ein Ampelsystem vor, das die Veränderungen, die vom Pflegepersonal eingetragen werden, dokumentiert. Bei Veränderungen zur vorherigen Dokumentation wird der Name des Bewohners in einer Gesamtübersicht automatisch gelb oder rot angezeigt. Gelb bei leichten Veränderungen, rot bei kritischen Veränderungen. So könnten die Pflegedienstleitung und die Stationsleitung Veränderungen täglich auf einem Blick erkennen und entsprechend reagieren. Die Pflegekräfte schätzen die Veränderung des Zustands nach vorgegebenen Maßstäben ein.

Sobald sich der Zustand stabilisiert hat, wird der Patient von der Pflegedienstleitung wieder auf grün gesetzt.

Der Vorteil eines EDV- gestützten Frühwarnsystems besteht darin, dass keine zusätzliche Arbeitszeit der Pflegekräfte notwendig ist. Im Gegenteil, es entfällt teilweise die notwendige Arbeitszeit für die mündliche Unterrichtung der Pflegedienst- und Stationsleitung. Ein weiterer Vorteil besteht in der Archivierung des Pflegeverlaufs. So können Verschlechterungen, Verbesserungen oder Stabilisierungen des Zustands des Bewohners später leicht nachvollzogen werden. Das kann z.B. für den Antrag beim MDK zur Neueinstufung des Bewohners in eine höhere Pflegestufe ein Argument sein.

Beispiel für ein Frühwarnsystem in der Pflege:

Bewohner 1	Grün	Gelb	Rot
Körperlicher Allgemeinzustand	Verbessert oder gleich	Leicht schlechter	Deutlich schlechter
Hautzustand	Verbessert oder gleich	Leicht schlechter	Deutlich schlechter
Dekubitus	Kein Dekubitus	Gefahr von Dekubitus	Dekubitusstellen
Gewicht nach Body Mass Index (BMI)	Guter BMI	Leichtes Über- oder Untergewicht	Problematisches Über- oder Untergewicht
Gewicht (Zunahme/Abnahme)	Normal	Leicht	Stark
Flüssigkeitsaufnahme	Normal	Zu wenig	Kritisch
Infektion	Keine	Leicht	Schwer

Tabelle 17: Frühwarnsystem Pflegecontrolling [eigene Tabelle]

Aus den Daten des Frühwarnsystems lassen sich weitere Analysen ableiten. Die Effektivität der Pflege kann durch Gegenüberstellung des Aufnahmestands des Bewohners zum Ist-Zustand dargestellt werden. Oder man kann die Effektivität der Pflege im Zeitverlauf beurteilen. Dabei muss berücksichtigt werden, dass sich Alterungsprozesse oder Krankheitsprozesse oft nicht durch Pflege vermeiden oder aufhalten lassen.

Zeit- und Personalbedarf

Da das Frühwarnsystem in der bestehenden EDV-Software angelegt wird, besteht kein erhöhter Personalbedarf.

7.1.2 Konkrete Handlungsempfehlungen Arztpraxis

Für den Referenzbetrieb Arztpraxis ergibt sich m.E. eine andere Reihenfolge der Controllingprioritäten: Finanzierungscontrolling, Kostencontrolling, Investitionscontrolling, strategisches Controlling, Personalcontrolling, Marketingcontrolling. Es hängt jeweils vom Betrieb ab, welcher Informationsbedarf besteht.

Da die Finanzsituation des Referenzbetriebes Arztpraxis angespannt ist, erscheint es ratsam, mit der Hausbank eine Kreditlinie zu vereinbaren, um notfalls Unterdeckungen im Monat ausgleichen zu können. Wünschenswert wäre eine Kreditlinie von mindestens 10.000 €. Damit können dann auch Quartalsspitzen abgedeckt werden. Während des Monats sollte durch den Arzt regelmäßig der Kontenstand überprüft werden, um geplante Geldeingänge und Zahlungen gegen die Monatsplanung abzugleichen. Bei häufigen Zahlungseingängen und Zahlungsausgängen empfiehlt sich die Erstellung von Wochenfinanzplänen.

Das strategische Ziel der Praxis lautet: Langfristige Existenzsicherung. Um dieses Ziel im Auge zu behalten und den Fortschritt bei der Erreichung des strategischen Ziels zu überprüfen, sollte die Arztpraxis eine Balanced Scorecard entwickeln.

Vom gesamten Praxisteam sollte dafür eine Vision erarbeitet werden. Vier Fokusbereiche werden aus der Vision abgeleitet. Die Bereiche sind Finanzen, Patienten, Mitarbeiter sowie Lernen und Weiterentwicklung. Dafür sollten Ziele und Kennzahlen definiert werden, die regelmäßig zu überprüfen sind. Alle Mitarbeiter sind aufgefordert an der Erreichung der Vision und Einzelziele mitzuarbeiten.

Beispiel Vision:

Die Referenzpraxis ist der erste Anlaufpunkt im Stadtteil zur Vorbeugung und Behandlung von gesundheitlichen Problemen. Die Patienten sind zufrieden mit der Effektivität der medizinischen Leistung. Die Praxis ist auf dem neusten Stand des medizinischen Wissens und verfügt über eine moderne technische Ausstattung. Die Mitarbeiter sind freundlich und hilfsbereit. Alle finden ein gutes Auskommen durch ihre Arbeit, weil die Praxis auf einer soliden finanziellen Basis steht. Die Arbeit im Team macht Freude.

Die BSC sollte die Ergebnisse mit einem Ampelsystem zeigen, dadurch können Chef und Mitarbeiter sich schnell orientieren, an welchen Bereichen gearbeitet werden muss. Die BSC ist dann sowohl ein strategisches Controllinginstrument, als auch ein Instrument zur Mitarbeiterführung. Sie kann z.B. zusammen mit der Vision gut sichtbar im Pausenraum der Praxis aufgehängt werden. Die Ergebnisse sollte das Team in der monatlichen Teamsitzung besprechen.

Ebene A Finanzen: Welche finanziellen Ergebnisse müssen erreicht werden, um die Vision zu verwirklichen?		
Ziel	Kennzahl	Maßnahme
Steigerung des Anteils Privatpatienten	Anzahl PKV-Patienten / Patienten Gesamt * 100 vs. Vorjahr	Interessante individuelle Gesundheitsleistungen (IGel)
Steigerung des Anteils IGel	IGel pro Monat vs. Vormonat	IGel anbieten
Kosten-/Umsatzrelation	Kosten / Umsatz * 100 vs. Vorjahr	Umsatz steigern, evtl. Kosten senken
Ebene B Patienten: Wie kann eine hohe Bindung der Patienten an die Praxis erreicht werden?		
Ziel	Kennzahl	Maßnahme
Praxis technisch auf dem neuesten Stand	Einschätzung p.a. Arzt u. Mitarbeiter: gleich, schlechter	Information einholen von Lieferanten und Kollegen, Fortbildungen
Personal fachlich auf dem neuesten Stand	Mindestens eine Weiterbildung pro Mitarbeiter/Jahr Ja/Nein	Im Mitarbeitergespräch Weiterbildungsbedarf diskutieren
Geringe Wartezeit	Zeitmessung gegen Tagesterminplan : Anzahl Patienten Wartezeit > 30 min.	Terminplan laufend optimieren
Steigerung der Patientenzufriedenheit	Anzahl Patientenreklamationen vs. Vorjahr jeweils kumuliert	Reklamationsgründe analysieren
Ebene C Mitarbeiter: Wie können die Mitarbeiter zu guter Arbeit motiviert werden?		
Ziel	Kennzahl	Maßnahme
Faire Bezahlung	Benchmarking gegen Tariflohn: über Tarif, Tarif, unter Tarif	Lohnanpassung
Angenehmes Betriebsklima	Jährliche Mitarbeiterbefragung Durchschnittswert vs. Vorjahr besser, gleich, schlechter	Regelmäßige Kommunikation und Problemmanagement
Moderne technische Ausstattung des Arbeitsplatzes	Alter des Inventars und der technischen Geräte: kum. Abschreibung < 50 % 50 - 75 % > 75 %	Jährliche Prüfung
Ebene D Lernen und Weiterentwicklung: Wie können sich Arzt und Mitarbeiter gegenseitig durch Feedback und Lernen unterstützen?		
Ziel	Kennzahl	Maßnahme
Praxisvergleich	Kostenstruktur, Mitarbeiterstruktur, Ausstattung usw.: besser, gleich, schlechter	Benchmarking
Regelmäßige Mitarbeitergespräche	Mindestens eine Teamsitzung pro Monat: Ja/Nein	Fester Agendapunkt: Wichtige Neuigkeiten

Tabelle 18: Balanced Scorecard [eigene Tabelle]

Zeit- und Personalaufwand

Die Erstellung der Vision und BSC sollte im Team erfolgen. Dafür wird ein Arbeitstag benötigt. Für die laufende Ermittlung der Kennzahlen sind unterschiedliche Mitarbeiter verantwortlich.

Die Informationen, die man für Ebene A benötigt, können aus dem PVS übernommen werden. Da es sich teilweise um vertrauliche Daten handelt, sollte der Arzt diese Kennzahlen selbst ermitteln. Der Zeitbedarf pro Monat beträgt ca. eine Stunde.

Ebene B wird von den medizinischen Fachangestellten erhoben. Die Erhebung erfolgt im normalen Arbeitsablauf, die Auswertung erfordert ca. eine Stunde pro Monat.

Für die Ebene C ist der Arzt zuständig. Die jährliche Mitarbeiterbefragung wird wegen des kleinen Teams anhand eines strukturierten Fragenbogens in Einzelinterviews durchgeführt. Der Zeitbedarf beträgt für die Vorbereitung des Fragebogens einmalig ca. zwei Stunden. Für die Interviews ca. zwei Stunden.

Die Ebene D wird vom Arzt erhoben. Für den Praxisvergleich fällt 1 Arbeitstag pro Jahr an, die Teamsitzungen erfordern monatlich jeweils ca. zwei Stunden für Vorbereitung und Durchführung.

7.2 Zukunftsperspektiven

Die demographische Entwicklung der nächsten Jahrzehnte lässt sich heute schon gut einschätzen. Eine aktuelle Studie prognostiziert: 3,3 Mio. Deutsche werden bis 2030 pflegebedürftig sein, 371.000 neue Pflegeplätze und 331.000 zusätzliche Stellen werden benötigt [Accenture 2013]. Gleichzeitig stehen weniger junge Menschen zur Verfügung, die die Pflege übernehmen können. Dazu kommt die Wohnsituation in den Städten, die eine Pflege in der Familie oft nicht ermöglicht. Das Bundesministerium für Gesundheit geht außerdem davon aus, dass die Anzahl der Demenzkranken von z.Z. 1,4 Millionen Menschen bis 2030 um 57 % auf 2,2 Millionen Menschen steigt. Mit dem Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz (PNG) werden demenziell erkrankte Menschen ab 2013 besser unterstützt [PNG 2013]. Das PNG führt zu einer sicherlich notwendigen verbesserten Pflege für demenziell Erkrankte, aber parallel zu steigenden Pflegekosten.

Die Pflegeheime werden - wegen des personalintensiven Betriebs - darauf nur in überschaubarem Umfang mit Rationalisierung reagieren können. Möglichkeiten hierzu bieten in Zukunft eventuell der Einsatz von Service- oder Pflegerobotern, die den Pflegekräften die Arbeiten erleichtern, z.B. beim Umbetten der Patienten. Pflegeroboter

werden in Japan bereits getestet [Neue Züricher Zeitung 2013]. Wegen des Mangels an deutschen examinierten Pflegekräften werden immer mehr ausländische Examinier- te und Hilfskräfte eingestellt. Dieser Trend wird sich in Zukunft voraussichtlich noch verstärken.

Der Kostendruck im Gesundheitswesen wirkt sich auch auf die Arztpraxen aus. Durch die weitgehende Deckelung der Honorare sind die Ärzte gezwungen, zu rationalisieren. Es ist davon auszugehen, dass sich diese Entwicklung fortsetzt. Auch PKV und GKV stehen unter erheblichen Kostendruck. Abhängig von Regierungsmehrheiten, könnten tiefgreifende Änderungen im Gesundheitssystem erfolgen. IGeL werden zunehmen und für das Einkommen der Ärzte bedeutender. Gemeinschaftspraxen und medizinische Versorgungszentren nehmen ebenfalls zu und treten in Konkurrenz zu Einzelpraxen [vgl. Assner-Rahn/Cebe/Cornelius 2010, 8].

Das Controlling wird in Kleinbetrieben des Gesundheitswesens auf diese Entwicklungen eingehen müssen. Die rechtzeitige Informationsgewinnung zur Steuerung und Ko- ordination der Betriebe wird dabei zunehmend wichtig. Um dabei die Geschäftsleitung und Mitarbeiter nicht mit zu viel Information zu überfordern, muss die Auswahl der Con- trollingmaßnahmen sorgfältig erfolgen. Der Informationsgewinn sollte in einem vernünf- tigen Verhältnis zum Aufwand für das Controlling stehen.

Literaturverzeichnis

Monographien

Buchholz, Liane (2009): Strategisches Controlling Grundlagen – Instrumente - Konzepte

Frodl, Andreas (2010): Gesundheitsbetriebslehre, Betriebswirtschaftslehre des Gesundheitswesens, Wiesbaden

Frodl, Andreas (2012): Controlling im Gesundheitsbetrieb, Betriebswirtschaft für das Gesundheitswesen, Wiesbaden

Horváth, Péter (2011): Controlling, München

Kaplan, Robert S./Norton, David P. (1997): Balanced Scorecard, Strategien erfolgreich umsetzen, Stuttgart

Knorr, Friedhelm/Halfar, Bernd (2000): Qualitätsmanagement in der Sozialarbeit, Regensburg

Kotler, Philip/Armstrong, Gary/Wong, Veronica/Saunders, John (2011): Grundlagen des Marketing, München

Merchel, Joachim (2013): Qualitätsmanagement in der Sozialen Arbeit, Regensburg

Weber, Jürgen/Schäffer, Utz (2011): Einführung in das Controlling, Stuttgart

Wolke, Reinhold (2001): Controlling in Pflegeeinrichtungen Operatives Controlling für Pflegeleistungen in stationären Pflegeeinrichtungen, Bielefeld

Sammelbände

Assner-Rahn, Ingrid/Cebe, Yavuz/Cornelius, Felix (Hrsg.): KVBW. Wirtschaftlich erfolgreiche Praxisführung. Grundlagen der Betriebswirtschaft für Ärzte und Psychotherapeuten, Köln

Internet

Accenture (2013) Entwicklung Pflegebedürftige

URL: <http://www.accenture.com/de-de/company/newsroom-germany/Pages/nursing-home-report-2013.aspx> (Stand 07.07.2013)

Bundesministerium für Gesundheit (2013) Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz

URL: <http://www.bmg.bund.de/pflege/das-pflege-neuausrichtungs-gesetz/demenz.html> (Stand 07.07.2013)

CHD (2013) Heimentgelte

URL: <http://www.chd-ev.net/steinbach/preise.html> (Stand 05.07. 2013)

Gabler Wirtschaftslexikon (2013) Controlling Definition

URL: <http://wirtschaftslexikon.gabler.de/Definition/controlling.html> (Stand 05.07. 2013)

Gabler Wirtschaftslexikon (2013a) Definition Effektivität

URL: <http://wirtschaftslexikon.gabler.de/Definition/effektivitaet.html> (Stand 07.07.2013)

GBE-Bund (2013) Zahnarztpraxen

URL: http://www.gbebund.de/oowa921install/servlet/oowa/aw92/dboowasys921.xwdevkit/xwd_init?gbe.isgbetol/xs_start_neu/&p_aid=i&p_aid=1842063&nummer=586&p_sprache=D&p_indsp=-&p_aid=12415033 (Stand 07.07. 2013)

Gesetze im Internet (2013) Eignung des Heimleiters

URL: http://www.gesetze-im-internet.de/heimpersv/__2.html (Stand 05.07. 2013)

Gesetze im Internet (2013a) Pflegestufen

URL: http://www.gesetze-im-internet.de/sgb_11/__15.html (Stand 05.07. 2013)

HGB (2013) § 267 Umschreibung der Größenklassen

URL: <http://www.buzer.de/gesetz/3486/a48703.htm> (Stand 07.07.2013)

ICV (2013) Definition Controller

URL: <http://www.controllerverein.com/Was-ist-Controlling-.50.html>(Stand 30.06.2013)

IGC (2013) Definition Controller

URL: http://www.igc-controlling.org/DE/_leitbild/leitbild.php(Stand 05.07. 2013)

IGC (2013a) Definition Controllership

URL: http://www.igc-controlling.org/DE/_downloads/downloads.php?bild=1(Stand 05.07. 2013)

IMACC (2013) Sozialabgaben

URL: <http://www.imacc.de/lohnabrechnunggehaltsabrechnung/sozialabgabenarbeitgeber/beitragsrechner/>(Stand 05.07. 2013)

Kassenarzt (2013) Kosten Ultraschalluntersuchung Bauch

URL: <http://kassenarzt.dgmedien-ar.de/ar.print/w3.php?pVId=136537168&nodeId=16950&page=1>(Stand 07.07.2013)

Kassenärztliche Vereinigung Tabelle 2 Übersicht der Gesundheitsbetriebe

URL: <http://www.kbv.de/24853.html>(Stand 05.07. 2013)

Klinikum Ingolstadt 2013 Pflegecontrolling/ Controlling in der Pflege

URL: <https://www.klinikum-ingolstadt.de/pflege/bereiche/pflegecontrolling/>(Stand 05.07. 2013)

MDK (2013) Definition MDK

URL: <http://www.mdk.de/313.htm>(Stand 05.07. 2013)

MDK Baden-Württemberg (2013) Vorgehen Pflegevisite MDK

URL: http://www.mdkbw.de/docs/Pflegebuch_des_MDK_Baden-Wuerttemberg_2012.pdf(Stand 07.07.2013)

NZZ (2013) Pflegeroboter

URL: <http://www.nzz.ch/aktuell/wirtschaft/uebersicht/grosses-potenzial-von-robotern-in-der-pflege-1.15162756>(Stand 30.06. 2013)

Statistisches Bundesamt (2013) Altersaufbau der Deutschen Bevölkerung

URL: <https://www.destatis.de/bevoelkerungspyramide/>(Stand 05.07. 2013)

Statistisches Bundesamt (2013a) gemeinnützige Träger

URL: https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Pflege/LaenderPflegeheime5224102119004.pdf?__blob=publicationFile(Stand 05.07. 2013)

Statistisches Bundesamt (2013b) Kinder pro Frau

URL: <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Bevoelkerung/Geburten/Geburten.html>(Stand 07.07.2013)

Statistisches Bundesamt (2013c) Tabelle Übersicht über Gesundheitsbetriebe

URL: <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Gesundheitspersonal/Tabellen/Einrichtungen.html>(Stand 07.07.2013)

Statistisches Bundesamt (2013d) Krankenhäuser

URL: <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Krankenhaeuser/Tabellen/KrankenhaeuserJahreveraenderung.html>(Stand 07.07.2013)

Statistisches Bundesamt (2013e) Pflegeeinrichtungen

URL: <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Pflege/Tabellen/PflegeeinrichtungenDeutschland.html>(Stand 07.07.2013)

Statistisches Bundesamt (2013f) Rehabilitationseinrichtungen

URL: <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/VorsorgeRehabilitationseinrichtungen/Tabellen/VorsorgeRehaBL.html>(Stand 07.07.2013)

Statistisches Bundesamt (2013g) Gesundheitsausgaben nach Einrichtungen

URL: <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Gesundheitsausgaben/Tabellen/Einrichtungen.html>(Stand 07.07.2013)

Wernerschell (2013) Rahmenvertrag BW Pflegestufen

URL: <http://www.wernerschell.de/Medizin->

[Infos/Pflege/rahmenvertraege/RahmenvertragBadenWuerttemberg.pdf](http://www.wernerschell.de/Medizin-Infos/Pflege/rahmenvertraege/RahmenvertragBadenWuerttemberg.pdf)(Stand 07.07.2013)

Wernerschell (2013a) Vorkommen, Ursachen und Vermeidung von Pflegemängeln
URL: http://www.wernerschell.de/Medizin-Infos/Pflege/Pflegemaengel_NRW.pdf(Stand 07.07.2013)

Zeitungen/ Zeitschriften

Gajevic, Mira (2013) „Neues TÜV-System für Heime“. Betreiber einer Pflegeeinrichtung in Bayern übt massive Kritik am Bewertungssystem, In: Frankfurter Rundschau, Nr. 115 S.5

Geschäftsberichte und ähnliche gedruckte Veröffentlichungen

NPH Karlsruhe 2013: Grading System

Anlagen

Eigenständigkeitserklärung

Hiermit erkläre ich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und nur unter Verwendung der angegebenen Literatur und Hilfsmittel angefertigt habe. Stellen, die wörtlich oder sinngemäß aus Quellen entnommen wurden, sind als solche kenntlich gemacht. Diese Arbeit wurde in gleicher oder ähnlicher Form noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt.

Ort, Datum

Vorname Nachname